UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1951 N° 14

Contribution à l'Etude des Traitements Actuels du Psoriasis

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

présentée et soutenue publiquement en Janvier 1951

PAR

Simon ZAOUCHE

MEMBRES DU JURY....

MM. NANTA, *Président.*

GADRAT
LAPORTE
BAZEX
} *Assesseurs*

DARDENNE, *Suppléant.*

CARCASSONNE
Imprimerie BONNAFOUS et FILS
48, Rue Aimé-Ramon, 48

1951

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TRAITEMENTS ACTUELS DU PSORIASIS

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1951 N° 14

Contribution à l'Etude des Traitements Actuels du Psoriasis

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

présentée et soutenue publiquement en Janvier 1951

PAR

Simon ZAOUCHE

MEMBRES DU JURY.... MM. NANTA, *Président.*
GADRAT
LAPORTE
BAZEX
Assesseurs
DARDENNE, *Suppléant.*

CARCASSONNE
Imprimerie BONNAFOUS et FILS
48, Rue Aimé-Ramon, 48

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM
Doyen	LEFEBVRE
Assesseur	BRUSTIER
Doyens-Honoraires	GORSE-CALVET

Professeurs honoraires

MM. RISPAL, MERIEL, RIBAUT, LAFFORGUE, SERR, GARIPUY, CLERMONT VALLOIS.

PROFESSEURS

	MM		MM.
Clinique de neurologie et psychiâtrie	RISER	Bactériologie Hygiène - Médecine sociale	ANDRIEU
Clinique médicale	TAPIE / ROQUES	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique obstétricale	GUILHEM.	Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Physiologie	SOULA	Matière médicale	VINCENT
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING	Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Physique biologique et médicale	BUGNARD	Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA	Clinique, oto-rhino-laryngologique et chirurgie maxillo-faciale	CALVET
Chimie et toxicologie	BRUSTIER	Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL	Chimie biologique	VALDIGUIE
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE	Médecine légale et Médecine du travail	PLANQUES
Anatomie	LAZORTHES	Histologie et embryologie	BROUSSY
Histoire naturelle	DELAS	Médecine sociale	BOUNHOURE
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R)	Thérapeutique	GADRAT.
Pharmacie	CAUJOLLE	Pathologie externe	GRIMOUD.
Pathologie interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL	Stomatologie	CADENAT

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M BAISSET	Anatomie	COULOUMA

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	POULHÈS, ch. f.	Chirurgie	RIEUNAU / DIEULAFE / DAMBRIN P.
Histologie	BIMES	Pharmacie	COUTURIER
Médecine	DARNAUD / GERAUD / DARDENNE / LAPORTE (J	Chimie générale pharmaceutique	BLANC
Ophtalmologie	DEODATI	Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU
Physique Médicale	MARQUES	Bactériologie	Mme ENJALBERT
Obstétrique	PONTONNIER	Urologie	LHEZ

COURS COMPLEMENTAIRES

	MM.		MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GUILHEM	Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie pathologique	VALDIGUIÉ (P.)	Chimie analytique	BLANC
Chimie biologique	DOUSTE-BLAZY	Hydrologie et géologie	ASTRE
Chimie minérale	BLANC	Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT	Pharmacodynamie	BAISSET
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX	Bactériologie et Hygiène	LAPORTE
Législation pharmaceutique	BOUISSET	Ophtalmologie	DEODATI
Tuberculose	MOREL (L.)	Neuro-chirurgie	LAZORTHES
Chirurgie Pulmonaire	DAMBRIN.	Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX
Microbiologie	BOUISSET	Mycologie	MORQUER
Parasitologie	BAUDOT	Psychiatrie	GAYRAL

Secrétaire de la Faculté : ARGILAS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération du 12 mai 1891).

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

SIMON GHENASSIA

Tombé au Champs d'Honneur de la Grande Guerre. Symbole du travail, de l'honneur et du sacrifice. Beaucoup trop tôt enlevé à mon admiration.

A MA MERE ET A MON PERE

Dont la vie est faite de tendre affection et d'incessant dévouement pour les siens. A qui je dois ce que je suis. Je dédis ces quelques pages, bien faible, mais pieux hommage de mon infinie reconnaissance et de ma profonde affection.

A MES FRERES ET SŒURS

Qui m'ont soutenu moralement et matériellement durant ces longues années d'études. Qu'ils trouvent ici l'expression de mes sentiments de vraie et inébranlable affection fraternelle.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR A. NANTA

Professeur de Clinique
des maladies cutanées et syphilitiques
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Respectueux hommage pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A NOTRE JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GADRAT

Professeur agrégé à la Faculté
Médecin des Hôpitaux

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Hommage de notre respectueuse reconnaissance pour le précieux enseignement et pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPORTE

Professeur agrégé à la Faculté

Nous le prions de trouver ici l'expression de notre profonde gratitude pour la bienveillance, le dévouement et le riche enseignement qu'il nous a prodigués.

MONSIEUR LE DOCTEUR BAZEX

Ancien Chef de Clinique Dermatologique
chargé de cours à la Faculté

Avec nos vifs remerciements pour les utiles conseils qu'il nous a donnés en vue de ce travail.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DARDENNE

Professeur agrégé à la Faculté
Médecin des Hôpitaux

Nous le remercions de la sympathie qu'il nous a toujours témoignée durant nos études.

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE TOULOUSE

AUX CHIRURGIENS ET MEDECINS
DE L'HOPITAL DE CARCASSONNE

AUX MEDECINS
DE L'HOPITAL DE CONSTANTINE

INTRODUCTION

Les innombrables travaux qu'a suscité le Psoriasis durant ce demi-siècle, tient au fait qu'il représente une des dermatoses dont la fréquence est grande, l'évolution rebelle et la thérapeutique décevante.

Si tous les auteurs sont unanimes à reconnaître l'individualité clinique du Psoriasis, sur sa morphologie macroscopique, constituée d'éléments érythémato-squameux bien limités, souvent prurigineux et siègeant électivement au niveau des régions les plus exposées au frottement (faces d'extension, cuir chevelu, région sacrée) et surtout sur son évolution indéfiniment récidivante.

Si le diagnostic parait à la portée de tout médecin praticien muni d'une Curette de Brocq, qui par grattage méthodique des éléments, permet de mettre en évidence :

1° Le signe de la tâche de bougie ;

2° Le signe de la pellicule décollable ;

3° Le signe de la Rosée Sanglante.

Enfin, si l'accord semble être réalisé sur sa morphologie microscopique, faite de la parakératose sèche, massive, sans spongiose, de papillomatose et d'exocytose portant exclusivement sur des polynucléaires.

Par contre, son origine, sa nature et sa thérapeutique sont loin de réunir tous les suffrages. Bien au contraire, la diversité des théories invoquées pour l'expliquer, la multiplicité des médica-

tions proposées, dont aucune n'a fait preuve de constante efficacité « et le mieux que l'on puisse dire de chacune d'elles, est que s'il satisfait généralement son auteur, il déçoit habituellement ceux qui l'ont voulu contrôler. **Nous ignorons encore la cause exacte et le mécanisme du Psoriasis, il va donc de soi, qu'une thérapeutique étiologique, la seule qui pourrait être curative, ne peut être codifiée, ni même indiquée** ». (Touraine)

Cependant, les malades avertis du caractère rebelle de leur affection, tiennent à être débarrassés de ces croûtelles gênantes et inesthétiques qui valurent autrefois au Psoriasis le nom de « Lèpre commune ». Aussi, est-il nécessaire pour le médecin de savoir **blanchir les poussées au plus vite, et de reculer l'échéance des suivantes en** variant ses médicaments :

Nous nous proposons d'étudier dans la première partie de ce travail, la valeur des traitements anciens classés du point de vue pathogénique ; dans une seconde partie, les essais des médications modernes, et dans une troisième partie la conduite à tenir vis-à-vis du Rhumatisme psorisique.

PREMIERE PARTIE

Médicaments à préjugés Pathogéniques et Médication Externe

1. TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX

L'orientation actuelle de la pathologie générale du Psoriasis, est en faveur d'une origine infectieuse, et ce caractère affirmé par BÉNÉDECH est loin d'être prouvé. L'agent pathogène n'a pas encore été découvert et pour certains auteurs, la maladie a été assimilée à la tuberculose, à la syphilis, aux épidermo-mycoses et pour d'autres à un virus encore inconnu. C'est dans cet esprit qu'on s'est adressé pour soigner le Psoriasis à un traitement anti-infectieux qui reste habituellement de Chimiothérapie générale et non Spécifique (métaux lourds et métalloïdes) et à des essais de vaccinothérapie, sérothérapie et protéinothérapie.

A. CHIMIOTHERAPIE GENERALE

a) Iodure de potassium

Nous citerons, pour mémoire, le traitement du Psoriasis par l'iodure de potassium, préconisé par Haslund à hautes doses, de 15 à 20 grammes par jour, diluées dans le grandes quantités de liquide, et réparties en de nombreuses doses « dont l'action lente et irrégulière ne mérite pas d'entrer dans la pratique courante ». (AUDRY)

b) Salicylate de Soude

Quant au Salicylate de Soude, essayé par CROOKER et particulièrement étudié par SMITH en Angleterre, et SACHS de Vienne, il a connu des fortunes diverses. Ce dernier rapporte dans la « Wiener Klinische Wochenschrift » (21 avril 1921 les résultats du traitement. Il utilise des injections intraveineuses d'une solution de Salicylate de Soude à 20 %, à raison de trois

injections par semaine, aux doses croissantes de 10, 15, 20 cc. La cure totale demande de 20 à 38 grammes de salicylate de soude en moyenne. D'après SMITH, ce traitement donne des résultats inconstants, confirmés d'ailleurs par les travaux de MALOONEY et SCHREINER, de plus, il possède à son actif des accidents de thrombose veineuse, des maloises et même des dermatites exfolientes qui font que ce médicament est inusité.

c) Les arsénicaux

L'utilisation des arsénicaux dans le Psoriasis est connue depuis très longtemps. Déjà, en 1857, DUCHESNE-DUPARC rapporte dans la Gazette de Médecine, des succès obtenus par l'arséniate de soude, à des doses quotidiennes de 15 centigrammes. L'action indiscutable des arsenicaux dans la syphilis et les propriétés kératoplasiques de ce métalloïde, ont permis à bon nombre d'auteurs de l'essayer dans le Psoriasis. SHEPTAR en Angleterre, se montre le partisan convaincu du traitement, de cette dermatose par l'acide arsénieux à hautes doses et cite cinq guérisons de Psoriosis anciens et généralisés. En 1897, DANLOS relate des blanchiements avec le cacodylate au voisinage de la dose toxique. Plus tard, LANZI essaye l'atoxyl en injections sous-cutanées allant de 20 à 40 centigrammes pendant vingt jours consécutifs avec des succès incontestables, cependont que des cas d'amaurose définitive fit rejeter la méthode.

En 1927, F. BÉNECH reprend les arsenicaux sous forme d'arsylène à 4 %, qui, selon lui, très pratique et employé à hautes doses, donne des résultats constants avec une tolérance parfaite. Il cite trois cas de Psoriasis guéris par l'arsylène.

MM. GASTOU et PONTOISEAU expérimentent avec le novarsénobenzol et le sulfarsénol et sur 34 cas, 10 malades ont été complètement blanchis, 15 ont été améliorés et 9 sans changement. Le novarsénobenzol a été utilisé aux doses de 15 centigrammes jusqu'à 30 centigrammes I. V. avec un total de 4 gr. 50 en moyenne, et le sulfarsénol fut employé I. M. aux doses de 6 centigrammes jusqu'à 60 centigrammes avec un total de 3 gr. 30 en moyenne.

Classiquement, on prescrit les arsénicaux dans le Psoriasis,

— Soit sous la forme de Liqueur de Fowler à raison de X gouttes le premier jour, au moment des repas, puis les doses augmentées de 2 gouttes chaque jour, jusqu'à un total quotidien de XXX gouttes. Après 8 à 10 jours de ces doses élevées, on revient à la dose initiale en diminuant de 2 gouttes par jour. Le blanchiement doit se faire en 7 à 8 semaines.

— Soit sous forme d'arséniate de soude (BROCQ), le malade prenant aux deux repas une cuillerée à soupe de la solution :

Arséniate de soude.....	10 centigrammes.
Phosphate de soude.....	10 grammes.
Eau distillée.....	300 cc.

— Soit sous forme de cacodylate de soude en injections I. V. de 0 gr. 50 et même 1 gr. par jour.

Dans l'ensemble, **la cure doit être très prudente et on doit la proscrire dans les formes aigues et très irritables ou à tendance pigmentogène**; de plus il faut surveiller le malade du point de vue cutané (à cause des dangers d'érythrodermies, de kératodermies), du point de vue nerveux (polynévrites et névrites optiques), enfin du point de vue hépato-rénal. La règle énoncée par AUDRY, garde encore toute sa rigueur : « Lorsque 4 à 5 semaines de traitement arsénical n'ont pas procuré une notable amélioration, il est inutile d'insister. »

d) Le Mercure

Par la bouche, la liqueur de Donovan-Ferrari qui réalise une association (Mercure-Arsenic-Iode) a donné parfois de bons résultats. BRAULT note en 1896 que les malades sont blanchis par des injections d'oxyde jaune de mercure, mais que seule, la poussée bénéficie de cette théropeutique. DARIER l'utilise avec succès sous cette forme et SABOURAUD relate le 7 juin 1912, 12 malades traités par l'Enésol contenant 40 % de mercure et 14 % d'arsenic, constatant un grand nombre de blanchiements, mais le mercure n'agit en rien sur l'évolution et la maladie récidive toujours.

e) Le Bismuth

L'avénement de ce métal lourd, dans le traitement antisyphilitique devait avoir sa répercussion sur le Psoriasis. Attilio VERSARI obtient avec le Trépol douze guérisons sur 21 cas traités. Mais la médication la plus en faveur actuellement et dont les résultats appréciables et les plus constants, autont que l'on puisse dire qu'en matière de Psoriasis, une thérapeutique ait donné des résultats constants, est représentée par un mélange bismutho-arséno-pyridinique (Psothanol), que les travaux de MM. DEBUSQUET, JAUSION, PECKER, nous firent connaître en 1927. Confirmant leurs premiers travaux, ils rapportèrent le 27 mars 1929 à la Société de Dermatologie, 15 cas de Psoriasis guéris par le Psothanol.

Les travaux de BURNIER et LOTTE portant sur 72 cas, les thèses de LAUDART et de PRAT, autant de recherches prouvant que **dans l'ensemble, les lésions récentes, guérissent habituellement** mais non toujours plus rapidement que les anciennes ; plus la lésion est épaisse, squameuse, et plus l'action du médicament est lente ; cependant, d'une façon générale, l'amélioration est notée par les malades de la 5e à la 10e injection, parfois plus tardivement.

La technique proposée par JAUSION pour accroitre l'efficacité du produit est la suivante :

1° Préférer la voie veineuse à l'intramusculaire en commençant néanmoins par quelques intra-fessières, pour préparer le sujet à la voie vasculaire, car le médicament devient ainsi mieux toléré.

2° Faire des séries de 30 injections intra-veineuses tous les deux jours.

3° Reprendre la cure après un mois d'arrêt et poursuivre jusqu'à épuisement de 4 à 5 séries.

Ce traitement est habituellement toléré par les malades, hommes, femmes ou enfants, cependant certains sujets présentent quelques incidents passagers tels que température légère, céphalée, algie maxillaire, constituant à vrai dire un certain degré de stomatite, des vertiges, des arthralgies, et rarement de l'albuminurie, qui n'obligent pas à arrêter le traitement. Un prurit peut apparaître à la fin d'une série, qui parait être d'origine médicamenteuse, mais jamais on a observé d'érythrodermie. Et MM. BURNIER et LOTTE de conclure. « Il est rare que même dans **les cas rebelles, le blanchiement durable n'en suive point.** Si le Psothanol ne peut être considéré comme une **panacée** guérissant tous les Psoriasis, **on ne peut lui nier une action certaine, réelle, dans un grand nombre de cas, même dans les Psoriasis anciens et en particulier il parait agir favorablement dans le Psoriasis arthropathique** ».

f) Les Sels d'Or

Pensant que l'infection tuberculeuse pouvait jouer un rôle dans la production du Psoriasis, quelques auteurs ont essayé l'aurothérapie. Médication particulièrement étudiée à l'étranger, elle fut essayée en France par BURNIER et LOTTE, NICOLAS, MOLLARD, LEBŒUF, CLÉMENT, SIMON et PAUTRIER.

HUFFSCHMITT traita 12 malades avec des injections d'or colloïdal — le Triphal — avec des résultats variables. Il a

obtenu sept succès complets et trois améliorations après 12 à 15 injections et deux échecs complets ; mais l'auteur insiste sur les accidents qui peuvent survenir tels que chocs, albuminuries, stomatites et surtout érythérodermies ; médication si dangereuse qu'on ne saurait la classer parmi les traitements usuels du Psoriasis.

BURNIER et LOTTE, en France, ont utilisé le Thiosulfate double d'or et de sodium . la Crysalbine. Sur 10 malades traités, à raison de deux injections I. V. de 25 centigrammes par semaine pendant 2 mois, ils obtinrent 3 blanchiements et 7 échecs.

Enfin, MM. ALBÉRIC, MARIN et F. L. BOULAIS (de Montréal) soumettant 16 malades à la Crysalbine observent 6 légères améliorations, un succès sur 16 cas et une aggravation d'un Psoriasis. De plus, deux malades ont présenté des nausées et des vomissements après chaque injection, deux autres ont eu un érythème scarlitiniforme généralisé apyrétique et enfin un malade fit une érythrodermie.

L'énoncé de ces faits prouve l'inefficacité de la Chrysothérapie dans le Psoriasis et de plus, qu'elle n'est pas sans présenter certains dangers. On ne peut conclure que par la remarque judicieuse, mais combien éloquente prononcée par M. EICHORN (de Metz) à propos d'un cas de mort par érythrodermie et œdème pulmonaire aigu : « Un fait reste troublant, c'est qu'un malade qui n'était incommodé qu'au point de vue esthétique par son Psoriasis, subit un traitement soi-disant inoffensif aux Sels d'Or, 15 jours après il est enterré... »

B. DESENSIBILISANTS SPECIFIQUES ET GENERAUX

a) Squamothérapie

L'inconstance des médications chimiques et surtout partant de l'hypothèse de l'existence d'un ultra-virus dans les squames du Psoriasis, de nombreux expérimentateurs essayèrent de trouver la solution, dans la vaccination spécifique, à partir des squames.

Diverses techniques ont été essayées parmi lesquelles nous retiendrons celle mise au point par Thoma de JASY. Il obtint un vaccin amicrobien et déprotéiné par le formol qu'il injecte sous la peau, à la dose de 2 cc. à 3 cc. tous les deux jours,

jusqu'à la dose totale de 10 cc. Il a ainsi traité 3 Psoriasis chez lesquels il a obtenu un blanchiement complet.

Enfin MIHAYLOVITCH utilisant lui-même un extrait obtenu par digestion des squames par la pepsine et la trypsine conclut « que les résultats sont surtout bons si les propres squames du malade sont utilisés, mais pas plus que les précédentes médications, ce traitement ne saurait être considéré comme vaccinant ».

b) Mycothérapie (Clasines de Jaussion)

Selon JAUSION, le Psoriasis représente « des mycosides, c'est-à-dire des réactions secondes de la peau (allergie) vis-à-vis des toxines microbiennes et particulièrement mycéliennes : ces dernières pénétrant dans l'organisme à la suite de trichophyties banales de la peau, épidermophyties inguinales, etc... » Dans une communication il apporte une série de résultats thérapeutiques obtenus à l'aide d'un vaccin polymycosique spécifique dénommé : la Clasine polymicosique. Sur 138 malades, il obtient 11 améliorations, 127 blanchiements sur lesquels 108 ont récidivé de une à neuf fois.

Les résultats obtenus par d'autres auteurs ne concordent pas avec ceux de JAUSION. C'est ainsi que HISSARD (de Caen) opérant avec des Clasines n'enregistrait qu'un succès sur dix cas ; tandis que MM. LÉVY-FRANKEL et WEISSENBACH utilisant les Clasines chez un sujet psoriasique et atteint en même temps d'onycho-mycose, ont vu cette dernière rétrocéder favorablement et l'échec complet sur le Psoriasis malgré un traitement de 3 mois.

c) Désensibilisants

« L'hypothèse de l'origine pollinique du Psoriasis a suscité une méthode de traitement par les extraits de pollen (ZIEDLER), or d'après SECHLER, il s'agit vraisemblablement d'une protéino thérapie végétale avec cela de particulier que son activité est plus réelle que la protéinothérapie animale. En fait, si les extraits de pollen ont donné des résultats souvent brillants on ne saurait en dire autant des injections de sérum de cheval, de l'auto-hémothérapie et l'auto-sérothérapie (HOWARD FOX). Ces médicaments constituent selon MARGAROT des adjuvants au traitement externe, mais sont habituellement inactifs employés isolément. »

Pourtant, l'utilisation des **Leuco-protéides** (injections de lait) tentée par AUDRY (de Toulouse), FOX (de Stockolm) et particulièrement étudiée par TZANCK dans la thèse de son élève

le Dr GARFUNKEL a permis d'obtenir de bons résultats. Elle a servi de base à la méthode dite de biophylaxie, c'est-à-dire la mise en jeu par l'organisme vivant, des mécanismes défensifs non spécifiques, pour assurer sa guérison. La technique proposée est celle de trois injections I. M. par semaine, aux doses croissantes de 1/2 cc., 1 cc. 1/2, 2 cc., puis 2 cc. 1/2, et 3 cc. avec un nombre total de 15 à 20 injections pour obtenir le blanchiement. Le lait utilisé étant un lait de consommation courante, stérilisé à l'autoclave, et dans la pratique courante, on peut se servir de lait ordinaire préalablement bouilli, pendant quelques minutes avant l'injection.

La **pyrothérapie** par des injections de Dmelcos, l'abcès de fixation, le vaccin de Danisz, autant de résultats thérapeutiques attribués à des causes diverses et qui semblent vraisemblablement dûs à des phénomènes de choc, tout comme celles de diverses huiles soufrées qui ont donné de bons résultats lorsque apparaissait la fièvre, alors qu'elles restaient inefficaces quand les préparations étaient indolores et ne donnaient pas d'ascension thermique.

Enfin, toujours dans le même ordre d'idées, l'attaque directe de quelques éléments par **l'électro-coagulation** (RAVAUT) a pu amener une disparition de toute l'éruption par une sorte de vaccination ou de désensibilisation consécutive à la résorption des produits psoriasiques antigènes. Reprenant ces travaux, Louis BORY remplace l'électro-coagulation par la neige carbonique. Il utilise le procédé suivant, sans le considérer comme le meilleur ou le plus radical, mais qui pourrait en certains cas rendre des services précieux : dans les Psoriasis généralisés, il commence par des injections de Thiophène de 2 cc. tous les deux jours jusqu'à 25 à 30 injections ; puis à la fin de la cure il fait intervenir la neige carbonique, dont deux ou trois séances peuvent porter chaque fois sur une vingtaine d'éléments, à 15 ou 21 jours d'intervalle, achevant ainsi le blanchiement du malade.

De tout cet arsenal thérapeutique formé par ces désensibilisants généraux et spécifiques, certains ont donné des résultats, mais les échecs sont nombreux, cependant il se dégage une notion importante, représentée par le terrain dans la genèse du Psoriasis. Qu'une médication brutale vienne rompre un maillon quelconque de cette constitution héréditaire ou acquise, et l'harmonie semble rétablie, harmonie bien fragile d'ailleurs, car il suffit d'une perturbation endogène ou exogène (traumatisme, choc humoral, choc affectif) pour tout compromettre, et c'est l'inévitable récidive...

II. TRAITEMENT CORRIGEANT UN TROUBLE INTERNE

A. OPOTHERAPIE

Le rôle d'une dysendocrinie dans le Psoriasis a été noté par bon nombre d'auteurs, sans qu'aucune n'ait été mise en évidence autrement que dans quelques cas.

La Thyroïde fut mise en cause : hyper et hypothyroïdisme ont été signalés chez les Psoriasiques, qui, traités soit par l'opothérapie thyroïdienne, soit par l'irradiation du corps thyroïde, ont donné des résultats variables.

L'Hypophyse fut soupçonnée, à cause des altérations de cette glande, de certains syndromes hypophysaires et de l'action parfois heureuse de l'opothérapie hypophysaire.

Le Thymus fut pressenti par BROCQ qui à l'occasion d'une irradiation de plaques psoriasiques présternales lui donna la guérison de l'éruption généralisée. Si SAMBERGER et SPILLMAN considèrent l'hormone thymique comme la médication spécifique du Psoriasis, et si BROCQ préfère l'irradiation, l'efficacité de cette méthode est loin d'être prouvée. C'est ainsi que d'autres auteurs se sont penchés sur.

La Cortico-Surrénale dont l'action sur le Cholestérol et la Glycénie est bien connue. Des essais de traitement ont été pratiqués chez des jeunes gens avec quelques résultats favorables, mais les échecs nombreux ont incité d'autres expérimentateurs à s'adresser aux **glandes génitales** dont le rôle indéniable a été noté par FOGGIE et CARILLON qui signalent les cas fort curieux où la Dermatose apparait au cours de la grossesse et par PÉTRINI, SPILLMANN, PARIZOT, qui montrent les cas où elle disparait pendant la gestation, pour récidiver après l'accouchement. Tout se passe, dit MARGAROT, « comme si la grossesse entravait le processus parakératosique en favorisant la kératinisation normale ». Mais les essais par les extraits testiculaires (HALLOPEAU) ou l'association folliculine-lutéine, ont donné des résultats nettement insuffisants.

Enfin, à l'occasion des travaux de RAVAUT, BITH, DUCOURTIOUX, sur l'action de **l'Insuline** dans le Psoriasis, certains auteurs l'essayèrent comme médication opothérapique, tandis que d'autres en tant que médication interne destinée à corriger un vice métabolique, glucido-lipidique dû à une insuffisance hépato-pancréatique. La technique proposée est la même que

chez les diabétiques avec les mêmes précautions, c'est-à-dire injections intra-musculaires ou sous-cutanées de 15 à 30 U. cliniques tous les jours, 15 minutes avant les deux repas, pendant deux mois, arrêter un mois, et reprendre si besoin est. Malgré l'enthousiasme que l'Insuline suscita au début de ces essais, en 1923, il fut prouvé ultérieurement que son indication thérapeutique majeure était conditionnée par une déficience hépatique et une Cholestérinie augmentée, tandis que l Hyper-cholestérolémie était une raison d'échec.

Nous venons de passer en revue les différentes médications opothérapiques employées isolément, avec des résultats inconstants, et pour modifier les troubles du métabolisme et les troubles endocriniens, liés entre eux de façon si étroite, certains auteurs s'adressèrent à la Radiothérapie polyglandulaire (LÉVY - FRANCKEL - COTTENOT et JEAN) tandis que d'autres préféraient un complexe endocrinien multiple (DOCZY, DUBOIS) pour guérir le Psoriasis, mais les résultats furent aussi inefficaces.

Au total, l'Opothérapie dans le Psoriasis malgré toutes les tentatives, ne parait agir que d'une manière indirecte et partant accessoire.

B. LES REGIMES

Devant l'impossibilité de trouver une étiologie précise du Psoriasis, divers auteurs se sont attachés à solutionner le problème en recherchant les troubles métaboliques qui l'accompagnent et dans ce but ils ont proposé la thérapeutique des régimes hypoazoté, hypochloruré et sans graisses. Ceux-ci ont été diversement interprétés et si SABOURAUD nie l'efficacité du régime dans le Psoriasis, par contre BUCKLEY aux Etats-Unis, bientôt suivi par BESNIER en France, reconnaissent son utilité.

a) Régime hypoazoté

C'est SCHAMBERG qui, en supprimant aussi complètement que possible **pendant plusieurs mois** toutes les protéines animales et végétales, s'en déclare satisfait. Mais il admet d'une part, la difficulté de la mise en œuvre même en clinique sous surveillance, d'autre part, que les troubles protéiniques n'étant pas la cause du Psoriasis, mais la conséquence, préconise la nécessité d'une bonne hygiène alimentaire dans le traitement du Psoriasis.

b) Régime hypochloruré

La constatation chez les psoriasiques d'un taux de Chlorure de Sodium plus élevé dans la sueur que chez les sujets normaux inspire à MM. LÉVIN et SILVERS (*Médical Journal and record* 1931) un régime hypochloruré composé exclusivement de fruits et de légumes dont les résultats sur trois malades furent très encourageants ; leur essai ne fut pas suivi par les dermatologistes qui s'attachèrent surtout à la question du métabolisme des graisses dans le Psoriasis.

c) Régime sans graisses

La fréquence du Psoriasis dans les régions froides où la nourriture est riche en lipides a été signalée depuis fort longtemps. De plus, la diminution de la dermatose au cours de la guerre 1914-1918 où l'alimentation était pauvre en graisses a été observée par de nombreux cliniciens.

S'inspirant du fait bien connu que les squames du Psoriasis contiennent une forte proportion de Cholestérine et de lipoïde, et frappé par la coexistence chez un même malade d'un Diabète, d'un Xantome nodulaire et d'un Psoriasis, GRUTZ fit doser les lipides du sang et trouva : Cholestérine : 2,80 %, Graisse : 27,05 %. En collaboration avec BURGUER, ils exposèrent au Congrès de Dermatologie de Budapest en 1935, les conclusions suivantes : augmentations fréquentes du taux de la lipémie soit à jeun, soit après épreuve de lipémie provoquée et l'hypercholestérolémie. Toute cette théorie reposant sur des arguments d'ordre biologique, chimique et clinique, amenèrent les auteurs à considérer le Psoriasis comme une Lipoïdose et à instituer le régime sans graisse qui, sans prétendre le guérir définitivement, contribue à l'améliorer grandement sans le secours d'aucune médication externe ou interne. Leurs essais portant sur 80 malades, les travaux de J. MEYER, les conclusions de GOUGEROT sur 15 cas, les bons effets constatés par PHOTINOS (dans la *Dermatologische Wochenschrift,* 27 juillet 1940), enfin les dernières observations de R. O. STEIN (*Sem. des Hôp*„ 18 avril 1948) rapportant les cas de sujets vivant dans les camps de concentration où ils eurent à supporter la sous-alimentation habituelle des camps allemands en temps de guerre, principalement pauvres en matières albuminoïdes et matières grasses, où ils perdirent un poids extraordinaire, mais dont aucun n'eut de poussée d'acné, ni de récidive de Psoriasis, et qui à l'occasion de la Libération par les Alliés en 1945, vit

réapparaître des poussées de Psoriasis avec une alimentation normale. Tous ces faits plaident en faveur d'un rôle des graisses dans le Psoriasis.

La technique proposée par GRUTZ pour réussir comporte):

1° L'observation stricte du régime ;

2° La prolongation pendant des semaines et souvent des mois ;

3° Une ration alimentaire ne contenant pas plus de 20 gr. de graisse pour un adulte et pas plus de 10 gr. pour un enfant.

Supprimer toutes les soupes, les viandes et les volailles grasses, les poissons gras, le jaune d'œuf, les matières grasses, le lait, les champignons, le chocolat, noix et noisettes.

Sont permis . les petits potages, la viande de bœuf maigre, le lapin, le veau, le jambon maigre, le poisson maigre, les sucres, jus de fruits, pommes de terre, farine de riz, semoule, pâtes, biscuits, lait écrémé et tous les légumes sans matières grasses.

Sur cette base il est facile de constituer un menu assez riche et assez varié pour le rendre supportable. C'est en expliquant au malade l'intérêt d'un tel régime, sans interrompre ses préoccupations, qu'on finit par vaincre sa répugnation à un tel régime, qui, il faut le reconnaître, nécessite une certaine résignation de sa part pour accepter un plat de légumes sans huile ou sans beurre. Or, il est en effet indispensable qu'il le suive strictement, car la moindre infraction aux prescriptions compromettrait le succès de cette médication.

Il faut au moins trois semaines avant de présumer un échec et d'après un grand nombre d'auteurs, ce régime strict donne de bons effets ; mais la grande difficulté est que : Combien de Psoriasiques sauront-ils s'imposer une assez longue et sévère discipline pour en retirer un avantage parfois aléatoire ? **Un point semble cependant acquis, c'est la nécessité de traiter conjointement suivant la recommandation de GOUGEROT, « les troubles gastro-intestinaux, les disfonctionnements glandulaires et les tendances arthritiques et goutteuses des Psoriasiques ».**

C. VITAMINOTHERAPIE

Il est de bonne tradition parmi les dermatologistes, d'expérimenter tous les médicaments nouveaux et actifs contre les dermatoses particulièrement rebelles et d'étiologie mal définie. Le Psoriasis rentrant dans cette catégorie, le traitement par les vitamines devait immanquablement lui être imposé.

Dès 1936, M. E. PULAY (Vienne) dans une communication à la Société de Dermatologie, considérait cette affection comme une altération de l'assimilation provoquée par le manque de Vitamine B. D'après lui, le Psoriasis doit être traité soit par régimes, soit par hormones, soit par vitamine B suivant les cas. Les résultats obtenus suivant sa technique dans 850 cas, lui ont donné 75 % de guérisons, mais le complexe B n'eut à son actif que quelques résultats heureux et on s'orienta vers la vitamine C à doses fortes qui n'eut pas plus de succès. A cause des relations étiologiques du Psoriasis avec un facteur lumineux, KRAFKA en 1936, préconise la vitamine D. En 1937, E. T. CEDER et L. ZON essayèrent la vitamine D à doses fortes sur 15 cas et obtenaient 11 guérisons dans des délais plus ou moins longs allant de six semaines à cinq mois. Ultérieurement, BRUNSTING à la clinique MAYO (1938) puis E. A. THECKER signalèrent l'activité indiscutable de semblables préparations vitaminées. Enfin, récemment, WHRIGTH en janvier 1941 relate l'action favorable de la vitamine D dans le Psoriasis.

A la suite des travaux américains, MM. HURIEZ et J. LEBORGNE, constatant d'une part, **la fréquence accrue de cette dermatose durant les dernières années de guerre**, d'autre part, le déséquilibre phosphocalcique qui a caractérisé les régimes restrictifs de cette même époque, tentèrent avec quelques succès la cure vitamino-calcique à condition de ne pas l'administrer aux doses minimes susceptibles de compenser une carence, mais bien à **des doses considérables**, comparables à celles du traitement de CHARPY dans le Lupus tuberculeux. La vitamine D a été donnée par voie buccale dans un excipient alcoolique sous forme d'ampoules contenant 15 milligrammes de vitamine. Son absorption le matin à jeun, répétée tous les trois jours avec un nombre total allant de 12 à 15 ampoules suivant les cas. Sur 40 Psoriasiques ainsi traités, ils eurent :

1° Une action favorable sur 10 cas, mais **dont le blanchiement définitif a toujours exigé deux ou trois applications d'un réducteur ;**

2° Une action sensible sur 18 cas ;

3° Une action nulle sur 12 cas ;

4° Et enfin, sur trois complications arthropatiques, deux furent guéries de façon inattendue.

En conclusion, disent les auteurs, nous avons enregistré de nombreux échecs, et notre prétention n'est pas aujourd'hui de présenter cette méthode comme une nouvelle thérapeutique du Psoriasis susceptible de détroner toutes les autres.

En définitive, cette médication n'a pas fourni les résultats attendus et c'est ce que confirme une réponse du *British Medical Journal* (6 mars 1948) à la question posée par le Professeur A. SCHMITZ, de Zurich : « Que devons-nous attendre du traitement du Psoriasis par la vitamine D ? »

« De nombreux articles ont paru ces dix dernières années dans la littérature médicale, particulièrement en Amérique, **où peu ont été favorables à la méthode. De plus, ce traitement est dangereux car du fait des grandes doses, risque de gros troubles dans le métabolisme du Calcium et des dommages sévères pour le rein ; il ne doit donc pas être pas être employé dans le Psoriasis** ».

III. TRAITEMENT EXTERNE

Le nombre des substances employées dans le traitement externe du Psoriasis est égal sinon supérieur à celui des drogues administrées à l'intérieur.

Nous ne ferons que citer, pour mémoire, l'acide phénique, la térébenthine, l'ictyol, enfin les mercuriaux dont les inconvénients paraissent plus grand que les avantages, et nous étudierons, parmi les substances bien connues : les goudrons sous forme d'Huile de Cade,et la Chrysarobine, parmi les colorants, les heureux effets de l'Eosine enfin les indications de la radiothérapie directe, en même temps que les bienfaits de l'actinothérapie.

1° HUILE DE CADE et CHRYSAROBINE

Avant d'exposer les résultats obtenus par ces substances sur le Psoriasis, il est utile de rappeler les recommandations exprimées par AUDRY sur leur utilisation : « Sous peine de s'exposer à des accidents plus ou moins graves, ces remèdes doivent être employés avec douceur et autant que possible d'une manière discontinue et comme ils doivent déterminer une certaine inflammation pour agir, il est nécessaire de tempérer leur action par des bains ou par des pâtes adoucissantes. »

Ainsi compris, le traitement de la poussée banale généralisée, sans lésions irritables, comporte deux phases successives.

1° Le décapage des lésions.

2° L'application des réducteurs.

Le meilleur agent de décapage reste l'acide salicylique à 5 % ou 10 % en excipient vaseliné ou glycérolé. Il peut être utilisé isolément ou associé à des bains fréquents, tous les deux ou trois jours pendant une dizaine de jours, sous forme de bains savonneux prolongés ou sous forme de bains alcalins (50 gr. ou 125 gr. de carbonate de sodium par bain).

Après ce premier stade, on emploie le véritable traitement d'attaque par les réducteurs et suivant les cas, on choisit l'Huile de Cade ou la Chrysarobine qui, employée judicieusement et sous contrôle quotidien, peut à elle seule **blanchir une poussée même généralisée de Psoriasis.**

a) Huile de Cade

C'est un goudron qui agit admirablement sur les lésions du cuir chevelu et les ongles et qui peut être utilisé sur les placards généralisés. Suivant le degré d'irritabilité des lésions, on emploiera, soit le glycérolé cadique faible à 15 % ou le glycérolé cadique fort à 30 %. Ces applications cadiques sont faites matin et soir, et chez certains malades on doit se contenter d'une seule application le soir et un savonnage le lendemain à l'eau chaude.

Outre son action lente et son odeur désagréable auquel l'adjonction de quelques gouttes d'essence de girofle atténue cet inconvénient, l'Huile de Cade est responsable de certaines folliculites acnéiformes qui devront suspendre son application, et qui nécessitent une certaine prudence dans son emploi, en commençant par des petites doses pour tâter la susceptibilité du sujet. **Néanmoins, l'Huile de Cade présente une réelle efficacité et a l'avantage d'être bien tolérée par les malades.**

b) La Chrysarobine

C'est le produit d'une poudre résineuse qui donne par oxydation l'acide chrysophanique. Utilisée tout d'abord exclusivement contre les teignes, son action sur les plaques psoriasiques fut signalée pour la première fois par Carlevis en 1881. Depuis, de nombreux travaux ont été consacrés à son sujet. **Cliniquement, la Chrysarobine permet d'obtenir parfois des résultats remarquables, mais doit être employée avec circons-**

pection et surtout sous surveillance sans dépasser le taux de 10 %. Voici les précautions formulées par le Dr ABERDAM dans sa thèse :

1° La Chrysarobine n'agissant qu'à la condition de produire un érythème modéré, il est prudent de ne l'appliquer que sur des lésions suintantes, ou d'utiliser des doses très faibles dans les régions des plis.

2° S'abstenir des bains, surtout des bains alcalins qui risquent d'exagérer l'irritation cutanée.

3° Le malade doit se laver toujours les mains après avoir manié la Chrysarobine, ou ne l'utiliser qu'avec des mains gantées.

4° La Chrysarobine qui détériore le linge, qui irrite la peau, et qui colore les ongles en rouge brun persistant et les cheveux en jaune orangé et même rouge à reflets d'or, doit être proscrite au visage et au cuir chevelu.

Réducteur plus puissant que l'Huile de Cade, la Chrysarobine permet souvent de blanchir un Psoriasis en deux ou trois semaines à condition de surveiller son application. On la prescrit sous la forme de pommade essentiellement sur les plaques psoriasiques qui donne à la suite de son application un érythème rouge violacé à son pourtour, séparé des tâches par un halo échomique. Il est classique d'en proscrire l'emploi sur le visage à cause des dermites et des conjonctivites qu'elle occasionne et sur le cuir chevelu (coloration des cheveux en violet). La médication doit être interrompue lorsque l'érythème s'exagère et remplacée par des pâtes adoucissantes.

Certaines préparations mixtes ont connu et connaissent encore la faveur de certains spécialistes. La pommade dite de BROCQ (1) est vraiment trop forte et sans parler de ses inconvénients pour le linge, ne peut être appliquée que **sur des surfaces limitées et doit faire surveiller les urines. Plus maniable,** la formule modifiée de SÉZARY (2) **qui permet dans les cas rebelles un blanchiement de 15 à 20 jours.**

(1) Pommade de Brocq

Chrysarobine	10
Acide pyrogallique	4
Goudron de bois + Ictyol	10
Savon noir + Acide salycilique	1
Lanoline	10
Vaseline	30

(2) Pommade modifiée de Sézary

Chrysarobine	3
Acide pyrogallique	2
Goudron de bois + Ictyol	10
Savon noir	2
Vaseline	10
Lanoline	30

Pour terminer l'étude de la Chrysarobine et surtout des inconvénients que nous avons signalés il est utile de rappeler que ce médicament n'est pas sans danger ; en effet, si on ne limite pas son application à la peau lésée, ils expose aux érythodrémies graves (Brocq) et mêmes mortelles (cas de Milian) sans oublier de citer son rôle toxique, comme le prouve la communication rapportée à la Société de Dermatologie par MM. Gadrat et Aversencq au sujet d'une crise d'urémie azotémique mortel, survenu chez un psoriasique ancien hypertendu, albuminurique sans azotémie, ni azoturie antérieure.

L'énoncé de ces simples faits implique une surveillance attentive du malade qui au moindre incident doit faire suspendre une **médication dont les résultats thérapeutiques sont incontestables,** mais dont la toxicité n'en est pas moins négligeable. Il est évident qu'un tel traitement ne convient qu'à un certain nombre de cas, sans parler de toute une catégorie de malades que leur situation sociale empêche de se soumettre à ce genre de thérapeutique, il faut savoir aussi que les **Psoriaris rouges et à tendance à s'exzématiser, ne supportent pas les topiques les plus légers.**

2° BAINS D'EMULSIONS MEDICAMENTEUSES

Plus que tout autre malade, le Psoriasique doit veiller à la propreté de sa peau. Audry insiste et préconise même comme moyen de prévenir le Psoriasis, l'hygiène corporelle. Brocq, dans son « Traité Pratique de Dermatologie (1904), montre l'efficacité des bains médicamenteux à l'Huile de Cade, comme moyen de blanchiement. C'est ainsi qu'il s'exprime : « Ils décapent les placards, décongestionnent et désinfectent la totalité des téguments, modèrent et régularisent l'action des pommades, qui, toutes agissent par l'intermédiaire d'une certaine irritation ». En principe, il faut commencer par des doses faibles de 50 gr. d'huile de Cade par bain, puis suivant la susceptibilité du sujet, on élève jusqu'à 100 et même 125 g. La durée du bain sera d'une demi-heure jusqu'à une heure, tout en ayant soin de vérifier les urines et les complications cutanées constituées par des folliculites cadiques qu'on remédiera par des attouchements au bleu de méthylène dans de l'alcool à 0,50%. Ce traitement est très pratique et souvent plus commode que le traitement par les pommades. Toutefois, il nécessite la pru-

dence dans le dosage de l'Huile de Cade, vu la susceptibilité de certains sujets, et il ne présente qu'une seule contre-indication, l'emploi chez les jeunes enfants.

Dans un même ordre d'idées, le Docteur Wilmet expose dans sa thèse la méthode du Professeur Balmer reposant sur les bains cado-chrysophanique.

Voici, en résumé, sa technique : On donne d'abord pendant quelques jours des bains simples, et entre ceux-ci, on fait des applications de vaseline qui calment l'irritation cutanée et la décape. Puis après 8 à 10 jours on institue les bains d'émulsion cado-chrysophanique en commençant par les doses suivantes :

Huile de Cade ..... 50 g. par bain.
Acide Chrysophanique ..... 2 g. par bain.

Puis, après quelques bains, on augmente de la façon suivante

Huile de Cade ..... 100 g. par bain.
Acide Chrysophanique ..... 3 à 5 g. par bain.

Ces bains sont donnés chaque jour sans faire aucune application sauf la nuit, une application de vaseline pour adoucir.

D'après les conclusions, cette méthode est intéressante à un double point de vue :

1°) Facilité et commodité de l'emploi des bains d'émulsions pour la clientèle de ville.

2°) Efficacité curatrice de la méthode qui n'a pas la prétention de guérir tous les Psoriasis et si l'échec a été constaté dans un certain nombre de cas, ce n'est que dans les formes particulièrement tenaces, anciennes et lichénifiées sur lesquelles d'ailleurs, d'autres traitements employés sont restés inefficaces.

Si les bains d'émulsions ont moins d'action sur les lésions chroniques, il faut cependant persévérer dans leur emploi.

3° L'EOSINE

Au cours des essais effectués avec les colorants (solutions alcooliques et hydriques) de Cristal Violet, vers lumière, fuchsine, bleu de méthylène et Eosine) MM. Gougerot et Degos, dans une série de communications à la Société de Dermatologie

ont mis en évidence, la supériorité et l'efficacité des préparations à base d'Eosine, sur l'évolution locale du Psoriasis. Ils utilisent surtout les solutions hydriques à 2, 5 et 10%, des solutions alcooliques à 1 et 2% ; des vaselines éosinées à 2% et des Cold-cream à 20% d'éosine. Comme technique ils préconisent soit des badigeonnages avec la solution alcoolique à 2% tous les deux jours, et les jours intercalaires des onctions avec corps gras, vaseline ou Cold-Cream ;

Soit des applications quotidiennes de vaseline ou Cold-Cream à 2% d'Eosine, et avec si possible des bains de Carbonate de Soude (125 g. par bain), 3 fois par semaine. Pour eux, ce traitement local associé à un traitement diététique, parait être un des meilleurs traitements de fond du Psoriasis. Les heureux résultats de l'Eosine sur des lésions préalablement décapées a été des plus nets ; en 2 ou 3 jours les placards se nettoient et la peau devient souple, lisse et rose. Sur les lésions anciennes et étendues le blanchiement peut être complet. La comparaison des résultats poursuivent les auteurs obtenus bar l'Eosine, avec ceux obtenus par les réducteurs est à l'avantage du colorant, d'une efficacité supérieure aux préparations cadiques, d'une efficacité égale à l'acide Chrysophanique sans en avoir les inconvénients d'intolérance locale. Enfin ils insistent sur le fait que les applications d'Eosine doivent être poursuivies alors que les lésions complètement décapées, semblent guérir ; il faut s'assurer par le grattage méthodique qu'il ne persiste aucune zone en activité.

Ultérieurement, ils essayèrent l'Eosine et l'huile de Cade associée pour obtenir un rabide blanchiement des poussées Psoriasiques et dans sa thèse le Docteur Isal utilise le procédé suivant avec d'incontestables succès . « chaque matin, les plaques, ainsi que les régions environnantes, sont badigeonnées avec une solution alcoolique d'Eosine à 2% et une fois la peau séchée, on badigeonne avec de l'Huile de Cade pure. En cas d'intolérance de cette dernière, elle sera diluée dans son poids, de vaseline simple. On ne signale aucun accident à l'actif de l'Eosine, quant à l'Huile de Cade employée aux concentrations fortes peut donner une inflammation de l'épiderme, sans grande conséquence, car dans ce cas, on atténuera son effet, en diluant à 50% l'Huile de Cade ou bien, après badigeonnage à l'Eosine, on fera une application de vaseline simple.

En conclusion, si l'Eosine s'avère grâce à son indolence et sa toxicité nulle, un progrès parmi les thérapeutiques externes, son action anti-psoriasique reste des plus aléatoires, puisqu'il a fallu associer l'huile de Cade pour accroître son efficacité.

4° RADIOTHERAPIE LOCALE

La Roentgenthérapie directe du Psoriasis a été préconisée en 1898 par Darier ; mais, malgré les résultats obtenus, surtout à l'étranger, elle est très peu employée actuellement et ceci pour des raisons multiples. Tout d'abord, les rayons X, pas plus que les traitements locaux ne mettent à l'abri de la récidive ; de plus chez beaucoub de malades, c'est la presque totalité du corps qu'il faut irradier ; enfin, vu le nombre de séances, l'organisme court un grave danger d'absorber une dose considérable de rayonnement. En résumé, **les indications** de la radiothérapie dans le Psoriasis sont **fixés par l'étendue et par l'évolution des lésions. Contre indiquée dans les dermatoses étendues, à poussées évolutives rapprochées,** la répétition trop fréquente des irradiations sur une même région exposant à des lésions cutanées, elle trouve au contraire **un emploi intéressant** dans le Psoriasis à **localisations limitées et à poussées espacées.**

Pour Brocq, elle doit être réservée essentiellement aux placards anciens, très lichenifiées qui peuvent disparaître après quelques séances, mais il serait dangereux de répéter de nouvelles applications sur les récidives qui surviennent ultérieurement.

5° ACTINOTHERAPIE

Parmi les diverses causes provocatrices du Psoriasis, le rôle de la lumière reste encore question ouverte. Si certains malades indiquent que le printemps est leur période critique, exprimant par là une explosion d'un Psoriasis pré-existant, opinion soutenue par Audry, si les observations de Pick rapportant un Psoriasis exacerbé sur une partie du dos exposé à la lumière électrique et surtout du cas de MM. Jersild et Gougerot qui observent des Psoriasis déclenchés par le soleil, ces faits demeurent rarissimes et la plupart des auteurs sont unanimes à reconnaître que les rayons lumineux ont une activité antipsoriasique plus ou moins limitée. Cette dernière opinion est celle des psoriasiques eux-mêmes dont nombreux, confirment que l'exposition au soleil de l'été blanchit la poussée ou tout au moins leur est nettement favorable. D'après J. Meyer, il existe trois façons de concevoir l'actinothérapie du Psoriasis : 1° l'expoliation élective des éléments éruptifs ; 2° la disparition

progressive des placards sous l'influence d'irradiations répétées ; 3° le blanchiement de l'éruption à la suite d'irradiations générales. Il propose le mode d'application suivant : « Commencer par faire un test sensitométrique de la peau. Si la sensibilité est modérée, il faut essayer d'obtenir le blanchiement d'emblée par une dizaine de seuils et parfois sur des parties résistantes une vingtaine ou une trentaine de seuils. Si par contre, le seuil érythème est plutôt haut, il vaut mieux donner des bains généraux à dose progressive en insistant sur les parties malades. L'auteur conseille d'attaquer chaque secteur en trois phases : d'abord décapage par des bains savonneux ou alcalins, puis des fortes séances actinothérapiques qui décapent davantage et enfin troisième phase, exfoliation au moyen d'un topique. MASSON (de Bourges) préconise la pommade à la Chrysarobine associée aux rayons U. V, tandis que DAUBRESSE MOREL (de Bruxelles) préfère le goudron de houille. En fait, le choix du topique doit être guidé par la tolérance de la peau. En conclusion, dit M. J. MEYER, il semble que la lumière constitue un des meilleurs traitements du Psoriasis. Aucune source artificielle ne supplante le soleil qui doit son activité en partie à ses rayons et en partie à l'amélioration générale que procure le repos au grand air, quant aux rayons U. V., à l'arc ou à la lampe de mercure à dose intensive moyenne ou modérée, ils décapent une grande proportion de Psoriasis, mais on a généralement intérêt à leur associer des topiques. De toute façon, on ne saurait promettre la guérison, car on n'obtient qu'un blanchiement et il est impossible d'empêcher les récidives.

DEUXIEME PARTIE

TRAITEMENTS MODERNES

Nous avons passé en revue la plupart des traitements externes ou internes, qui suivant les auteurs et même les malades ont plus ou moins de faveur.

Cependant, ces dernières années, le traitement du Psoriasis s'est enrichi de nouveaux produits qui dans les mains de leurs auteurs ont donné des résultats remarquables essayant de détroner les médications anciennes.

Nous les étudierons successivement par ordre chronologique sans préjugés étiologiques ou pathogéniques car, comme les anciennes thérapeutiques, elles ont été découvertes d'une façon empirique.

Nous ne parlerons pas des antibiotiques qui ont été essayés sans succès et l'Auréomycine qui se trouve actuellement en cours d'expérimentation, nous tenterons modestement de dégager des notions précises sur la valeur et les indications de la thérapeutique tissulaire, de l'acide undécylénique et enfin de l'A. C. T. H., grâce aux travaux français et étrangers entrepris durant les années d'après guerre.

1° TRAITEMENT TISSULAIRE

Historique

La thérapeutique tissulaire utilisant les forces de vie, « les Bio-stimulines » qui naissent de la mortification de tout tissu vivant a été préconisée par FILATOV dont les premières recherches remontent aux environs de 1933. Au cours de ses travaux bien connus sur les greffes de cornée, FILATOV pensait que le greffon ne pouvait pas seulement être considéré « comme

un hublot transparent dans une cornée opaque », mais bien comme une source de régénération de cette cornée. Pour lui, le fragment mis en place ajoutait à son rôle mécanique des propriétés stimulantes sur les cellules. Partant de cette hypothèse, il orienta ses recherches vers d'autres maladies générales et particulièrement sur les affections cutanées où il obtient des succès spectaculaires notamment sur le Psoriasis, qu'il considère comme une indication majeure de cette thérapeutique. Au point de vue clinique, les premiers essais de cette méthode ont été faits en Ophtalmologie dans les rétinites pigmentaires et les plaies oculaires de guerre (Mme BERDINSHA et LINKINA) et sur les affections cutanées (FILATOV).

Les essais thérapeutiques furent conduits par différentes techniques. On utilisa, soit des extraits injectables, surtout placentaires, grâce à sa facilité d'obtention et sa richesse biogénique, soit des implants animaux de peau, muscle, cerveau... de cadavres, ou auto-greffes de peau prélevée sur le malade lui-même, ou mieux des fragments placentaires.

En France cette méthode fut préconisée par les auteurs lyonnais (GATÉ, VACHON, BOURGEOIS et COTTE) qui s'attachèrent à trouver une méthode d'obtention facile du produit avec le maximum d'efficacité. Tous les produits, quelle que soit leur origine, disent les auteurs, ne sont pas utilisés à l'état frais, mais conservés au préalable quelques jours au frigorifique ou à l'obscurité, lequel est le point fondamental de la thérapeutique tissulaire. Il semble en effet que tout tissu vivant placé dans des conditions défavorables sécrètent des substances de vie, des stimulines biogènes qui doivent être considérées comme l'expression d'une lutte cellulaire pour la vie.

Technique et incidents

Après de multiples essais, les auteurs lyonnais choisirent deux modes d'administration tissulaire, les implants et les extraits injectables.

α) Les implants (greffons)

Le laboratoire buatois a mis au point une technique de dessication des implants de placenta qui assure leur conservation indéfinie.

L'inclusion se fait sous la peau de l'abdomen, dans la fosse iliaque gauche ou dans la région sus-purienne comme pour les comprimés hormonaux. Les auteurs n'ont jamais observés après

cette opération que des incidents : La suppuration toujours possible si l'asepsie n'est pas parfaite, vient créer une sorte d'abcès de fixation, qui, surtout en dermatologie, enlève beaucoup de valeur à l'expérience thérapeutique. L'hématome par insuffisance d'hémostase de certaines incisions détermine une hémorragie anormalement importante qui peut entraîner l'élimination du greffon avant que son effet bienfaisant ait pu se faire sentir. Hormis des incidents qui peuvent être évités par une technique rigoureuse, la cicatrisation est toujours intégrale, et la résorption de l'implant complète, sauf dans quelques cas où il peut persister quelques semaines, enchassé comme un corps étranger.

b) Les extraits placentaires

Ceux-ci sont présentés en ampoules scellées et stérilisées de 2 cc. contenant 0 gr. 20 de placenta qui sont administrés à la dose de 2 à 4 cc. en injections intra musculaires quotidiennes, de 30 à 40 injections par série.

Le traitement mixte, implants et injections d'extraits placentaires, peut être utilisé.

Résultats

Dans sa thèse, le Dr PRUNIÉRAS rapporte les résultats de la thérapeutique tissulaire dans le Psoriasis : 9 greffes ont donné 2 blanchiements, 2 améliorations et 4 échecs, tandis que 49 malades traités par les extraits placentaires injectables lui ont procuré 7 blanchiements, 23 améliorations plus ou moins importantes et 19 échecs.

L'action est lente à se produire et atteint son maximum en deux mois environ et les résultats sont très appréciables sur les Psoriasis récents, mais termine en concluant que cette méthode ne donne que des blanchiements.

Dans une communication récente, GATÉ et ses collaborateurs résument les résultats acquis après deux années d'expériences.

Sur 16 malades, traités par greffon, ils obtinrent 4 blanchiements complets, 5 améliorations et 7 échecs. L'amélioration se dessine autour du 15e jour, progresse pendant 2 mois et s'arrête, l'implant étant résorbé.

Sur 50 psoriasiques traités par des extraits placentaires à raison de deux ampoules par jour, soit 40 centigrammes de placenta, dose qu'il ne faut pas dépasser sous risque d'obtenir des aggravations, il y eut 7 blanchiements complets, 8 amélio-

rations moyennes, 6 améliorations légères, 22 échecs et un cas aggravé. Dans les observations favorables poursuivent les auteurs, les placards érythémato-squameux se modifient à partir de la 15e injection, l'érythème pâlit et les squames se détachent surtout au centre des placards. Fait particulier, c'est le cuir chevelu qui est le premier et le plus fortement influencé au point que, si aucun changement n'est observé de ce côté, on peût douter du résultat final. Après la tête, c'est sur les membres supérieurs et le tronc que les lésions pâlissent ; elles sont plus résistantes aux membres inférieurs. Ils ajoutent que ce traitement est absolument inoffensif. Quelques malades se plaignent d'une fatigabilité avec somnolence tandis que d'autres accusent une sensation de mieux être. Phénomènes généraux qui seraient en rapport avec une hypoglycémie constante accompagnant la thérapeutique. Parfois, on peut noter des réaction allergiques du type urticaire, éruption bulleuse et prurigineuse qui ont toujours été des manifestations bénignes et transitoires.

MM. MEYER et KANITAKIS rapportent à la Société de Dermatologie les résultats observés sur 4 Psoriasis par la thérapeutique tissulaire. Ils se sont adressés d'emblée à la greffe de placenta. L'implantation a été pratiquée de préférence à la cuise ou sous la peau de l'abdomen. Les résultats, initialement, ont été rien moins que satisfaisants et après avoir revu les malades deux fois par semaine pendant un mois, sans avoir rien noté, que tout au plus l'atténuation de deux ou trois éléments proches de l'implantation, **ils considéraient la méthode comme de peu d'intérêt** dans le Psoriasis. Cependant, ils persévèrent à voir les malades tous les 15 jours en leur demandant de ne pas faire de traitement local auquel ils consentirent volontiers, d'autant que tous les traitements, tant internes qu'externes utilisés auparavant, avaient échoués chez eux. Quelle fut la surprise de constater dans deux cas, une transformation complète des éléments au bout d'un temps qui a été chaque fois le même . deux mois après l'implantation. Dans le premier cas, le Psoriasis a pratiquement, totalement disparu, en dehors d'un petit élément de la jambe droite. Dans le deuxième cas, un effacement d'environ 80 % et en particulier la disparition des éléments des coudes et des genoux, qui d'ordinaire sont les plus rebelles. De ces essais, ils firent remarquer un certain nombre de faits.

1° **L'action possible** de l'implantation tissulaire et des extraits placentaires dans le Psoriasis. Même si le pourcentage est limité, cette méthode reste intéressante dans une affection où les moyens de traitement efficace sont comptés.

2° La nécessité d'attendre au moins deux mois pour juger de l'action des implantations, d'où l'utilité de prolonger le traitement par les injections d'extraits et même de renouveler l'implantation lorsque le placenta inclus s'élimine par désunion de la plaie.

Si les auteurs lyonnais et MM. MEYER et KALITAKIS donnent des conclusions encourageantes, par contre, certains dermatologistes nient les effets de la méthode. Entre autres, un essai de traitement du Psoriasis par les greffes de placenta entrepris par M. P. LAUGIER de Besançon qui cite quatre observations, conclut de la façon suivante : « Sans doute, notre étude porte sur un nombre très restreint de cas et sur un nombre de Psoriasis particulièrement sévère, mais sauf dans une observation où nous avons constaté une légère amélioration, **les résultats ne paraissent pas très encourageants.** D'ailleurs, la conclusion des auteurs lyonnais dans leur article implique un certain pessimisme : « Comme les autres médications, **la thérapeutique tissulaire ne peut prétendre à une guérison définitive du Psoriasis** ; si des blanchiements ont été observés dans deux cas de plus de dix ans, si le blanchiement de l'un de nos malades se maintient depuis plus de deux ans chez un autre par contre, **la récidive** s'est produite deux mois après son amélioration et chez quelques-uns **des rechutes légères se sont produites indiscutables.** »

Conclusions

En résumé, si quelques résultats très intéressants ont été notés à l'actif de cette méthode dans une dermatose au cours si capricieux qu'est le Psoriasis, **nous sommes à vrai sire, éloignés des 80 % et même 100 % des succès obtenus par** FILATOV.

2° ACIDE UNDECYLENIQUE

Historique

En 1947, ROTHMAN et ses collaborateurs avaient montré qu'au moment de la puberté, les glandes sébacées du cuir chevelu commençaient à sécréter un sébum qui contenait à une plus forte concentration qu'avant le début de la puberté, des acides gras saturés, avec un point d'ébulition faible et qui exerçant une activité fungicide sur la peau humaine, étaient à la

fois, capables de prévenir et même de guérir certaines dermatomycoses superficielles. Malgré des recherches minutieuses, H. PERLMAN et I. MILBERG ne découvrirent aucun travail sur les propriétés pharmacologiques, thérapeutiques et toxiques de ces acides gras. Ils émirent l'hypothèse qu'ingérés, ces acides gras pouvaient modifier la constitution chimique de la graisse tissulaire ou du sébum du tissu et partant de cette idée conductrice, ils administrèrent des acides gras non saturés ou saturés en vue de traiter la teigne (microsporon Audouini et les onycho-mycoses. H. PERLMAN choisit tout d'abord l'acide undécylénique, acide gras non saturé, facile à obtenir et essaya de traiter efficacement les infections fungiques récalcitrantes. Il enroba l'acide undécylénique dans des capsules gélatinées ou perles à la dose de 0 gr. 50 chacune et les donna à quatre enfants âgés de 8 à 14 ans, atteints de microsporie. Malgré des résultats particulièrement encourageants, où quelques cultures furent négativées après plusieurs mois de traitement, il abandonna ces travaux pour l'essayer sur le Psoriasis, car la médication avait la curieuse propriété de donner une desquamation profuse du cuir chevelu.

Avant de l'administrer à des êtres humains, des expériences sur la toxicité de l'acide undécylénique furent faites sur des petits animaux de laboratoire. Ceux-ci ingérèrent de grandes quantités journellement, pendant une période de plusieurs mois, sans produire de manifestations toxiques tandis que l'examen histologique des viscères de ces animaux, ne montrait aucune altération.

Au mois d'avril 1948, H. PERLMANN essaya d'administrer l'acide undécylénique chez des psoriasiques de sa clientèle privée et devant les améliorations spectaculaires obtenues, il décida avec I. MILBERG, d'étudier les possibilités thérapeutiques de ce médicament sur une plus large échelle au Centre de Dermatologie de l'Hôpital de New-York.

Leur premier essai porta sur 17 cas de Psoriasis où ils notèrent 3 blanchiements complets, 6 améliorations à 75 % et enfin 8 cas avec une amélioration de 50 %. Les squames tombaient assez rapidement, en général en un ou deux jours après le début du traitement, et cette desquamation continuait pendant plusieurs semaines. De plus, les squames devenaient moins abondantes et plus fines et cette exfoliation se poursuivait quelque temps après la cessation du traitement.

Dans cette première expérience, ils tentèrent de déterminer la dose optimum d'acide undécylénique à donner aux malades. Au début, ils administrèrent des doses relativement faibles de

7 gr. 5 par jour jusqu'à 15 gr. par jour, mais il s'avéra par la suite qu'un dosage supérieur permettait d'obtenir de meilleurs résultats.

En conclusion, les auteurs pensaient que l'acide undécylénique administré avant et après que la peau ait été nettoyée, empêchait l'apparition de nouvelles lésions, et si dans certains cas, de nouvelles lésions sont tout de même apparues, celles-ci durent moins longtemps, ou même disparaissent spontanément. En d'autres termes, il semblerait que cet acide inhibe les rechutes du Psoriasis, sans que le mécanisme d'action soit encore éclairci. Enfin, il faut signaler que l'ingestion de ce produit provoque des nausées, des vomissements, des brûlures épigastriques, de la diarrhée, enfin un mauvais goût à la bouche, semblable à la bile, survenant quelques minutes ou quelques heures après la prise ; mais tous ces troubles disparaissent après cessation du traitement et ne réapparaissent pas à la reprise.

Posologie

Le traitement fut institué en règle chez les sujets atteints de Psoriasis rebelles aux autres thérapeutiques et n'ayant pas eu de rémission spontanée depuis longtemps. Aucune médication externe ne fut appliquée. Le régime et les habitudes antérieures aux traitements tels bains, furent essentiellement inchangés. La dose à laquelle PERLMAN et MILBERG se sont ralliés après plusieurs essais est la suivante :

5 perles dosées à 0 gr. 44 d'acide undécylénique chacune, données trois fois par jour pendant trois jours entre les trois principaux repas. Au total, 15 perles dosant 6 gr. 60 par jour.

Puis 10 perles, à prendre entre les principaux repas, trois fois par jour pendant trois jours, c'est-à-dire 30 perles dosant au total 19 gr. 80 par jour.

Enfin 15 perles à prendre toujours entre les trois principaux repas, pendant une période indéterminée, c'est-à-dire au total 45 perles par jour dosant 49 gr. 40.

Pour les auteurs, cette posologie n'est qu'un schéma où les doses et les intervalles peuvent être modifiés et reconsidérés, mais **insistent** sur **l'utilité des fortes doses** pour obtenir des **résultats rapides et durables.**

Résultats

MM. PERLMAN et MILBERG rapportent (dans le *J. A. M. A.*) les résultats de leur seconde expérience sur 41 Psoriasis.

Aucun effet toxique sérieux ou durable ne fut observé relativement dans ces petites séries. 19 malades présentèrent des troubles gastro-intestinaux passagers, 7 d'entre eux accusèrent des éructations avec un arrière-goût de poisson, 8 malades notèrent des nausées et des vomissements, 2 malades de la diarrhée et le reste de la constipation. Il faut remarquer l'apparition chez deux adolescents de folliculites acnéiformes, mais il semble que cela soit pure coïncidence.

En effet, tous ces troubles furent transitoires, ils apparurent en général au début du traitement, subsistèrent de 7 à 21 jours et disparurent après continuation du traitement et même après augmentation des doses.

Ces 40 malades furent suivis pendant une période allant de 2 à 27 semaines, et l'on nota deux catégories d améliorations. Dans un premier groupe on distingua les « **améliorés** », c'est-à-dire avec des résultats nettement substantiels, et dans un deuxième groupe, les **moyennement « améliorés »**, c'est-à-dire les cas où la guérison est **moins nette quoique évidente.**

Sur 41 cas, ils obtinrent .

1° **12 améliorations importantes, soit 30 % des sujets.** L'amélioration apparait au moins 15 jours après le début du traitement, et l'involution d'une plaque psoriasique se faisait de la façon suivante : desquamation évidente à la partie centrale qui devient plate et plus pâle et reprend l'apparence quasi-normale de la peau, quoique un peu hyper-pigmentée. La périphérie des lésions se montre plus rebelle et disparait à la longue par désagrégation en papules solitaires qui sont les dernières à disparaître. Parfois l'évolution favorable des lésions est précédée par une période d'aggravation de signes et de nouvelles lésions se développent tandis que les anciennes deviennent plus enflammées avant qu'une soudaine involution ne s'observe.

2° **15 malades furent « moyennement améliorés », soit 37 %.** Ici, l'involution fut notée après deux semaines de traitement et parfois plus tardivement après 12 semaines, mais toujours l'amélioration fut évidente.

3° 10 malades furent inchangés, soit 25 % des cas, et trois cas furent des échecs, soit 7 %.

4° Il faut remarquer, disent les auteurs, que deux malades du premier groupe présentaient une disparition complète des lésions après deux mois et demi, mais l'administration fut poursuivie dans les deux cas pendant un mois après, sans apparition de rechute. Enfin, il faut signaler chez les deux malades pour lesquels le traitement fut interrompu quelques semaines après une amélioration manifeste, l'apparition d'une rechute qui nécessita la reprise de la médication qui les améliora à nouveau nettement.

En résumé, dans une maladie au cours naturel si imprévisible tel le Psoriasis, dans une maladie aussi connue pour être capable de rémission spontanée ou de réponse favorable à quelque nouvelle médication, les tentatives d'évaluer une nouvelle méthode thérapeutique disent MM. PERLMANN et MILBERG, peut aisément conduire à des impressions erronées. Cependant, **les améliorations sans équivoque** décrites dans 30 % des cas dont **la plupart souffraient d'une forme tenace**, ne peut pas nous pousser à écrire que ces résultats étaient simples coïncidences, de plus, **les rechutes observées** dans deux cas, après des interruptions de la médication, avec **améliorations renouvelées après la reprise du traitement**, enfin la guérison de 7 rhumatismes psoriasiques sur 8 malades **favorisent l'hypothèse que le médicament pourrait exercer une influence heureuse.** Mais il faut reconnaître qu'une plus grande expérience est nécessaire avant de tirer une conclusion définitive et les résultats obtenus justifient de nouveaux essais thérapeutiques pour comparer les effets.

Travaux américains et français sur l'Acide Undécylénique

Les communications de PERLMAN et MILBERG relatant les effets substantiels de l'acide undécylénique sur le Psoriasis ne pouvaient passer inaperçus des spécialistes de cette question.

L'origine possible d'une mycose ou d'un trouble métabolique des graisses dans la génèse du Psoriasis, donnaient un intérêt considérable à cette nouvelle thérapeutique dont les succès signalés par les auteurs étaient non moins intéressants.

H. C. GOLDBERG et M. D. PLAINFIELD (New-Jersey) soumirent 17 malades atteints de cette dermatose à l'acide undécylénique dont les conclusions furent les suivantes :

En général, ils limitèrent son usage aux malades chroniques

atteints d'une dermatose rebelle, mais surtout chez des sujets intelligents, capables de coopérer. Ils constatèrent :

1° Que les malades ne pouvaient prendre que 6 à 8 perles dosées à 0 gr. 44, c'est-à-dire 3 gr. 52 par jour pendant une période soutenue.

2° Qu'aucun effet toxique sévère ne fut noté sauf des palpitations, quelques troubles digestifs et de l'irritation laryngée.

3° Aucune amélioration sélective des ongles, du cuir chevelu, des paumes, des plantes des pieds ne fut remarquée en comparaison avec un groupe de contrôle.

4° Enfin, aucune amélioration définitive des aires cutanées ne fut observée en comparaison avec un groupe de contrôle. »

Le Dr F. ROUCHESE informe MM. BENCEL et SCHIFF dans le *J. A. M. A.* du 21 octobre 1950 qu'il traita 16 cas de vieux et sévères Psoriasis dont 13 furent suivis. Il nota en particulier 2 **considérables améliorations**, 3 **légères améliorations**, 6 cas sans changement et 2 aggravations enfin parmi les incidents, des nausées et de l'albuminurie.

Quant à MM. BENCEL et SCHIFF eux-mêmes, examinant 12 cas dont 10 furent suivis pendant trois mois, ils rapportent 5 cas où ils notèrent aucune amélioration, mais l'essai fut moyennement suivi et 7 cas sans résultats. Mais ils attirent l'attention sur l'apparition d'une **érythrodermie apparue chez un malade dont un cas similaire a été rapporté par** BEHRMAN (dans le *J. A. M. A.* du 8 octobre 1949).

« Un homme âgé de 33 ans avait un Psoriasis moyen, bonne santé ; le 15 juillet 1949, son médecin de famille lui prescrit l'acide undécylénique. Après que le malade ait pris 9 capsules par jour pendant deux semaines, il commença par présenter des nausées et des vomissements. Il remarqua des plaques rouges sur le visage, la poitrine et le dos et continua à prendre les cachets pendant une autre semaine. L'éruption se répandit sur tout le corps accompagnée de frisson et de fièvre. aucun topique ne fut utilisé, ni de médication interne furent pris durant cette période. Le 4 octobre 1949, il fut admis à l'Hôpital où il présentait un érythème généralisé avec squames. La muqueuse buccale était rouge, les lèvres œdémaciées et fissurées la déglutition difficile à accomplir et la température était élevée. Un examen médical général fut négatif, sang et urine normaux. Il reçut des bains colloïdaux, de l'auto-hémothérapie et de la pénicilline. Il s'améliora progressivement, les squames diminuèrent et il quitta l'Hôpital le 23 août. En octobre, sa peau était complètement débarrassée des squames et du Psoriasis.

Les travaux américains donnent des résultats divergents, les uns niant les bienfaits de la méthode, les autres soulignant que la médication ne doit être répandue que lorsque l'on connaîtra parfaitement sa toxicité et son mécanisme d'action afin d'avoir une idée exacte de sa valeur. Où en sont les essais français sur l'acide undécylénique ?

R. T HERRIEN, dans une note, peut-être un peu prématurée, **donne une impression favorable** de ses premiers essais qui ont porté sur 12 malades dont il ne retient qu'un ; celui-ci âgé de 41 ans, atteint depuis 9 années d'un Psoriasis invétéré qu'aucun traitement n'avait réussi à faire disparaître et dont l'épiderme supportait mal les topiques a présenté à partir de la cinquième semaine du traitement, une amélioration qui est devenue peu à peu manifeste ; certains éléments, en particulier ceux du cuir chevelu, des oreilles et des lèvres ont disparu et tous les autres sont en régression très marquée ; **l'évolution est telle qu'un blanchiement complet** va sans doute être prochainement obtenu. Le traitement n'a donné aucune réaction toxique bien que poursuivi depuis cinq mois à la dose quotidienne de 45 capsules de 0 gr. 44, soit en tout près de 2 kg d'acide ; les trois premiers mois, le malade a eu quelques troubles digestifs, de la céphalée et une sensation de faiblesse après chaque prise ; mais, encouragé par l'amélioration, il a persévéré et tous ces troubles ont fini par disparaître. THERRIEN remarque qu'il faut mettre au passif de la méthode **sa longueur et le nombre considérable de capsules qu'il faut déglutir.**

Mais les conclusions de E. SIDI et J. GOTARD sont complètement différentes. Ils n'ont en effet noté **aucun succès, sauf un** et encore avait-il bénéficié d'un séjour à la campagne. Aucune action sur le Psoriasis de leurs 24 malades ne fut observée, que l'affection fut ancienne ou récente, chronique ou en poussée, localisée ou généralisée, ils n'ont jamais remarqué l'arrêt d'une poussée ; au contraire, de nouveaux éléments ont fait leur apparition en cours de traitement ; le prurit n'a pas été influencé, et si dans quelques cas une desquamation modérée est survenue, elle semble due à l'action purement mécanique de l'acide undécylénique utilisé, simultanément, en tamponnements assez énergiques.

Il convient cependant de remarquer que la technique de ces auteurs s'est notablement écartée de celle de PERLMAN et MILBERG ; ils ont formulé le médicament en cachets (undécylénate de calcium, 0 gr. 50 ; Isolinoléate d'Ethyl, 0 gr. 10 ; Désoxycholate de soude, 0 gr. 02) et en suppositoires (acide

undécylénique, 0 gr. 20 ; Méthylglucamine, 0 gr. 20 ; beurre de cacao Q. S.).

Ils ont prescrit à certains malades quotidiennement 10 cachets et 2 suppositoires, soit 5 gr. 40 par jour, et à d'autres 3 suppositoires, soit 0 gr. 60 par jour. De plus, la durée du traitement a varié de 10 à 21 jours. Cette technique utilise donc des doses très inférieures à celle des auteurs américains (45 capsules par jour, soit 19 gr. 80) **et pendant une période beaucoup plus brève.**

Aussi est-il permis de se demander **si les conclusions négatives de** SIDI et GOTARD **peuvent être valablement appliquées à la méthode originale.**

Conclusions

Il semble prématuré de poser une conclusion définitive sur la valeur de l'acide undécylénique comme traitement spécifique du Psoriasis. Dans une dermatose, aux thérapeutiques multiples, si souvent décevantes, faisant parfois le désespoir du médecin, l'essai doit être tenté en se conformant aux doses fortes, proposées par PERLMAN et MILBERG, mais aussi en surveillant l'évolution des lésions cutanées, car des érythrodermies ont été signalées.

Si les travaux de GOLDBERG et R. THERRIEN montrent qu'au point de vue pratique il est difficilement accepté par les malades vu le nombre de capsules à déglutir, il ne permet pas non plus de dénier toute valeur au traitement ; **il reste à savoir si les malades sont finalement payés de leur persévérance. L'avenir seul nous le dira** lorsqu'un plus grand nombre de travaux, permettra de confronter les résultats.

3° A. C. T. H.

Historique et propriétés

L'Hormone anté-hypophysaire surréno-corticotrope ou A. C. T. H. (Adréno-corticotropic-hormone) ou Corticostimuline a été isolé dès 1943 par EVANS et SIMPSON, d'une part, par SAYERS WHITE, et LONG d'autre part.

L'A. C. T. H. est une substance protidique préparée à partir des hypophyses de porcs et dont la fonction essentielle est

de déclancher un hyper-fonctionnement global du Cortex surrénal, avec prédominance nette des effets dus au Glucocorticoïde, groupe des stéroïdes surrénaux auxquels appartient la Cortisone (ou composé E de KENDALL) 100 hypophyses de porc étant nécessaires à la préparation d'une dose quotidienne individuelle thérapeutique.

Par l'intermédiaire des hormones cortico-surrénales, dont l'A. C. T. H. provoque une abondante sécrétion, l'A. C. T. H. exercerait une action de contrôle sur les tissus collagènes et sur les tissus limphoïdes de l'organisme.

Cliniquement, l'A. C. T. H. agirait en diminuant la réactivité du tissu collagène à divers traumatismes de nature inconnue tels qu'ils interviennent notamment au cours des affections rhumatismales, des affections allergiques (asthme, urticaire, eczéma, psoriasis, etc...) et enfin des autres maladies groupées dans la théorie de Selye du syndrome d'adaptation, théorie suivant laquelle à « un stress » quelconque (choc, émotion, traumatisme, infection locale, intoxication, froid, chaleur, humidité), l'organisme réagit par une libération d'hormones hypophysaires corticotrope qui entraîne celle des corticoïdes surrénaux ; une longue série de petits chocs passés inaperçus, déterminerait ainsi un certain nombre de maladies dues à un dérèglement du système réactionnel hypophyso-surrénanien avec épuisement des 17-11 Oxystéroïdes, maladie parmi lesquelles la P. C. E. et le R. A. A. figurent au premier plan à côté de la goutte et de multiples autres affections formant le groupe des maladies du tissu conjonctif auquel l'action thérapeutique de la cortisone et de l'A. C. T. H. donne son unité.

Action thérapeutique

Les très belles expériences des médecins de la clinique Mayo entreprises sur l'A. C. T. H. et la Cortisone dans les affections rhumatismales et d'autres maladies viennent d'être confirmées brillamment par les écoles étrangères (anglaises, belges, suisses) et dans un rapport présenté au Congrès International de Médecine, à Paris, le 11 septembre 1950. MM. COSTE, de SÈZE et MACH relatent les résultats heureux obtenus par ces deux médicaments dans diverses maladies. Après avoir signalé les résultats excellents sur les arthrites rhumatismales, la maladie de Still, l'arthrite psoriasique, la maladie d'Addison et les maladies inflammatoires de l'œil, ils ont noté des effets encourageants sur les manifestations allergiques variées parmi lesquelles figure le psoriasis.

Récemment, un dermatologue français, J. CHARPY, bien connu par ses travaux sur le traitement du lupus tuberculeux, publie un essai de pathogénie du Psoriasis, « maladie d'adaptation », grâce à des résultats thérapeutiques par l'A. C. T. H.

Après avoir rappelé qu'en 1933, GRUNBERG avait déjà soulevé l'hypothèse d'un trouble cortico-surrénanien à la base du Psoriasis et que KISMEYER en 1935 notait les effets favorables des injections d'extrait total de cortiso-surrénal dans les éruptions aigües du Psoriasis et dans le rhumatisme psoriasique, CHARPY rapporte les résultats de ses propres recherches..

1° Les extraits totaux de cortico-surrénale ont sur l'éruption psoriasique et sur le rhumatisme psoriasique une action favorable, directe, immédiate, constante et proportionnelle aux doses employées, mais il faut administrer des quantités quotidiennes énormes, correspondant à 800 milligrammes de glandes fraîches.

2° La corticotrophine hypophysaire ou A. C. T. H. à raison de quatre injections de 25 milligrammes par jour a donné en quelques jours des résultats excellents sur un petit nombre de malades. Ces résultats sont complets, mais ne survivent pas indéfiniment à l'arrêt de la thérapeutique. Ce sont des blanchiements et non des guérisons.

Conclusion

Pour CHARPY, le schéma endocrinien de base du Psoriasis serait constitué essentiellement par un trouble hypophyso-surrénale faisant ainsi de cette dermatose une « maladie d'adaptation ». Suivant la théorie de SÉLYE. L. A. C. T. H. **ne donne que des blanchiements plus ou moins durables et n'apporte qu'une solution très médiocre** et ce n'est que l'étude expérimentale ultérieure consistant à rechercher une stimulation durable du système A. C. T. H. - Cortico-surrénale qui apportera peut-être des résultats au problème du Psoriasis et aussi à celui du rhumatisme psoriasique.

TROISIEME PARTIE

TRAITEMENT DU PSORIASIS ARTHROPATHIQUE

Rappel clinique

L'existence du Psoriasis arthropathique est pleinement justifiée depuis les travaux de BESNIER, de DURON et de BOURDILLON. Elle se fonde essentiellement sur la fréquence des déterminations articulaires chez le psoriasique, sur leur parallélisme habituel avec les efflorescences cutanées sur la sympomatologie spéciale du syndrome arthropathique et enfin sur l'évolution générale qui fait succéder une phase plastique et déformante à un stade inflammatoire, polyarticulaire subaigu.

Moyens de traitement

Le rhumatisme psoriasique est difficile à traiter, il résiste à la plupart des tentatives et l'hyper-sensibilité de la peau, la prédisposition à l'érythrodermie restreignent les médicaments à action énergique.

De la diversité des notions pathogéniques, sont nées de nombreuses méthodes de traitement parmi lesquelles nous citerons pour mémoire l'action de l'Arsenic, du Mercure, qui ont donné dans certains cas des améliorations. Nous étudierons l'action du Psothanol, du Soufre, de l'Or, du Manganèse, et parmi les nouveaux médicaments, l'A. C. T. H.

a) LE PSOTHANOL

De nombreuses observations relatent les succès de cette médication, d'une part sur la dermatose, d'autre part sur les arthropaties. Sa bonne tolérance fait que ce produit est très utilisé par les dermatologistes. GOUGEROT et CARTEAUD par exemple, apportent un cas d'arthropathie psoriasique tabétiforme dans lequel les douleurs diminuées à la 12e ou 15e injection de chaque série en même temps que le Psoriasis s'amendait. Si GATÉ, TRÉPPOZ et CHARPY, signalent l'échec complet de ce traitement dans les arthropaties, par contre les travaux de JAUSION et les conclusions de BURNIER et LOTTE, pensent qu'il parait agir favorablement sur les manifestations articulaires.

b) LE SOUFRE

On a utilisé le soufre (huiles soufrées, soufre colloïdal) avec succès. GOUGEROT et COSTE ont publié de nombreuses observations dans lesquelles le soufre colloïdal donnait une laxité plus grande aux articulations et faisait cesser les douleurs, mais comme les injections d'eau minérale sulfurées (Uriage) qui agissent souvent très bien dans les formes de rhumatisme non psoriasique, le Soufre a pu faire cesser les altragies des malades, sans donner des résultats durables sur l'ankylose.

c) LE MANGANESE

Le manganèse a été déjà signalé par BROCQ comme l'un des agents susceptible d'agir dans cette dermatose au même titre que les autres produits préconisés. MM. G. MARGAROT et P. RIMBAUD (*Progrès Médical,* 4 avril 1936) attirent l'attention sur les effets favorables que donne le manganèse dans le traitement du Psoriasis et sur son efficacité contre les arthropaties à en juger par les deux observations rapportées.

MM. GOUGEROT et COSTE signalent l'emploi du Chlorure de manganèse qui leur aurait permis d'obtenir une amélioration des arthropaties dans un cas de Psoriasis.

Enfin, le Dr ATTIEL rapporte dans sa thèse les heureux effets du manganèse colloïdal dans 9 cas. Alors que les autres thérapeutiques essayées avaient été inefficaces, le manganèse agirait électivement sur la raideur et l'Hydarthrose.

La posologie proposée par le Professeur MARGAROT consiste à commencer par injecter par voie intra-musculaier ou intra-veineuse 0 cc. 5 ou 1 cc. (de la suspension colloïdale à 0 gr. 50 de manganèse par litre) pour passer ensuite à 2 cc. et parfois à 3 cc. On laisse entre les deux premières injections un intervalle d'une semaine ; puis on les répète au rythme de deux injections par semaine et même trois si l'on veut obtenir un effet plus rapide. La série complète comprend 20 à 25 piqûres.

Les auteurs insistent sur l'action élective du manganèse colloïdal dans les cas **d'arthropatie psoriasique typique** et l'importance **d'appliquer précocement** la thérapeutique.

d) AUROTHERAPIE

Nous savons que l'utilisation des sels d'or dans le Psoriasis a été envisagée à cause des faits qui ont pu plaider en faveur de l'étiologie bacillaire de cette affection. Nous citerons par exemple les résultats publiés par MILIAN qui a employé la Chrysalbine par voie intra-veineuse avec succès et le cas de MM. WEISSENBACH et MARTINEAU d'une polyarthrite chronique progressive psoriasique où la thérapeutique instituée par les sels d'or amena une amélioration des arthropaties. Enfin les publications de GOUGEROT et COSTE dans les archives de Dermato-syphiligraphie de 1935, de nombreuses observations de Psoriasis arthropatique guéri par les Sels d'Or. Tous les auteurs signalent les bons résultats obtenus mais **recommandent la prudence,** car à côté de cas améliorés ou indifférents, ils ont pu observer des aggravations et des accidents toxiques.

En conclusion, la Chrysothérapie parait la médication **la plus active,** mais **l'hypersensibilité** de la peau **restreint son indication.**

e) L'A. C. T. H.

Nous avons déjà étudié son historique, ses propriétés physiques et physiologiques, ainsi que son action éphémère sur les déterminations cutanées et si cette action demande à être précisée, par contre de nombreuses observations ont montré de remarquables améliorations procurées sur la P C. E., le rhumatisme goutteux et le rhumatisme psoriasique.

Du fait de la similitude clinique, anatomo-pathologique évolutive du rhumatisme psoriasique et de la P. C. E., on peut

penser à une action efficace du médicament sur les deux maladies. De nombreuses observations ont été signalées par les auteurs américains (HENCH, RAGAN, GROKOEST et BOOTS) et en Angleterre, SPIES, provoque par des injections quotidiennes de 25 mmg. d'A. C. T. H., la disparition des symptômes dans six cas d'arthrites, trois cas de goutte, et **un cas de rhumatisme psoriasique.** En Suisse, MACH, BRUGGER, DELLA SANTA et FABRE ont confirmé les effets bienfaisants de l'A. C. T. H. **sur 10 rhumatisants.** Enfin, en France, F. COSTE et F. DELBARRE ont mis au point un procédé personnel de préparation de la Corticotrophine (A. C. T. H.). Ils ont traité avec succès 21 malades dont 8 P. C. E., une Spondilarthrite, **un rhumatisme psoriasique**, deux rhumatismes goutteux et 4 R. A. A.

Posologie

Dose fractionnée de 100 à 200 mmg. par jour en injections intra-musculaires, l'absorption buccale étant réservée au traitement d'entretien. Certaines précautions sont nécessaires : Diète chlorurée, correction de l'hypopotassémie, contrôle fréquent de la glycémie et surveillance attentive des troubles psychiques et hypophysaires.

L'insuffisance cardiaque, les tendances psychotiques, le diabète, l'urémie, la sénescence sont des **contre-indications formelles** à un tel traitement.

Incidents

L'administration d'A. C. T. H. provoque un certain nombre de signes qui peuvent obliger à interrompre le traitement. Les plus fréquents sont : l'acné, l'hirsutisme, la masculinisation de la voix chez la femme, les vergetures cutanées et les aménorrhées.

Quelquefois, on constate une hyperglycémie ou une glycosurie, une augmentation de la tension artérielle, une alcalose, une diminution du potassium sanguin, une pigmentation cutanée, de l'asthénie et chez l'homme une diminution de la Libido et de la puissance sexuelle.

Enfin, les modifications psychiques consistent en excitations psychiques et euphorie et parfois on voit succéder des accès maniaques ou de dépression mentale qui, avec les signes rappelant la maladie de Cushing contraignent à l'interruption du traitement.

En résumé, on constate que le traitement par l'A. C. T. H. **n'est pas dénué d'inconvénients** et il semble que la technique d'administration de cette hormone doive être mieux précisée. Il importe également **de déterminer la dose d'entretien** susceptible de maintenir les bons résultats initiaux sans être nocive pour les malades.

Si une circulaire récente du Ministère de la Santé Publique annonce qu'une certaine quantité d'A. C. T. H. et de Cortisone pourra être réservée à la clientèle privée, ne peut que nous réjouir, entreprendre un tel traitement dit le Professeur MACH est toujours **une aventure** dans laquelle on ne doit pas se lancer sans avoir examiné objectivement les avantages et hélas! les inconvénients. Car, si l'A. C. T. H. et la Cortisone sont des agents thérapeutiques extrêmement efficaces, ils posent un problème médico-psychologique sérieux et engage gravement la responsabilité du médecin, vu qu'un certain nombre de leurs effets restent encore obscurs.

Conclusions

Il n'y a guère de règles définitives qui permettent de prescrire tel ou tel médicament à tel ou tel moment, et souvent il est nécessaire de les employer les uns après les autres, afin de savoir lequel agit le mieux. Cependant, nous pensons que le **Manganèse, l'Huile Soufrée et l'Or**, restent les traitements les plus indiqués du rhumatisme psoriasique, tandis que les grandes formes seraient justiciables à l'avenir de la Cortisone ou de l'**A. C. T. H.**

CONCLUSIONS

La thérapeutique du Psoriasis est extraordinairement **riche** et **complexe** et si les traitements les plus divers ont été proposés avec des résultats variables suivant les auteurs et même inconstants chez un malade d'une poussée à l'autre, on conçoit qu'il ne reste au médecin qu'à diriger sa conduite dans le sens qui réponde le mieux à sa propre conception pathogénique. Cependant, nous insisterons :

1° **Sur l'utilité**, parmi les médications internes, du vieil Arsenic et **plus particulièrement du complexe pyridino-arseno-bismutique** (Psothanol) **le moins inconstant et le moins irrégulier** dans ses effets thérapeutiques, qui demeure grâce à **sa bonne tolérance** une arme **de choix** de la poussée psoriasique.

2° Afin de lutter contre un trouble du métabolisme des graisses et surtout de modifier le terrain, on prescrira une diététique dans laquelle on réduira, autant que ce peut, les lipides et surtout les excitants du système neuro-végétatif, sans oublier d'associer suivant le cas un traitement contre les manifestations digestives hépatiques ou endocriniennes.

3° Parmi les médications externes, l'Huile de Cade reste malgré son odeur désagréable, un des meilleurs agents réducteurs du cuir chevelu et des ongles. **Il mérite d'être retenu en tant que traitement ambulatoire**, car il présente une réelle valeur et a **l'avantage d'être bien toléré par les malades.**

Cependant, la Chrysarobine, réducteur plus puissant, dont **l'efficacité sur le Psoriasis est reconnu par tous les auteurs** et qui permet de blanchir une poussée, nous paraît **préférable**, à condition de traiter la dermatose dans un **Centre Hospitalier**, pour permettre de surveiller son application et la suspendre au moindre incident.

4° Parmi les médications modernes, les rares succès de la thérapeutique tissulaire, justifie l'essai de chimiothérapie par

l'acide undécylénique dans les cas invétérés ou rebelles à d'autres traitements, sans omettre de surveiller les réactions secondaires, car des érythrodermies ont été signalées.

5° Enfin, pour ce qui est du rhumatisme psoriasique, l'Huile soufrée et l'Or reste les traitements les plus indiqués et il semble que les grandes formes seraient justiciables à l'avenir de la Cortisone ou de l'A. C. T. H.

Vu . *Le Président de Thèse :*

A. NANTA.

Vu : *Le Doyen :*

LEFEBVRE.

Vu *et* permis d'imprimer

Toulouse, le 16 janvier 1951.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université :

DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

A. ABERDAM. — Traitement du Psoriasis par la Chysarobine à doses fortes (*Thèse de Paris,* 1939).

E. AUBERTIN. — Traitement du Psoriasis par les tissus placentaires (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest,* n° 4, avril 1950, page 232).

AUDRY. — Traitement des maladies cutanées et vénériennes.

BEHRMANN T. — Acide undécylénique dans le Psoriasis (*Journal Of. American Medical Association,* 21 octobre 1949, page 407).

L. BENCEL et SCHIFF M. D. — Erythrodermie après traitement par acide undécylénique dans le Psoriasis (*J. A. M. A.,* 21 octobre 1950, page 620).

J. BENECH. — Arsenic et Psoriasis (*Soc. Franç. de Dermatol. et Syphil.,* le 26 janvier 1927)

BESNIER et BROCQ. — La pratique dermatologique, tome VII, page 465.

L. BORY. — Les huiles au Thiophène et à la Thiotoluidine. — Application au traitement du Psoriasis (*Bulletin de la Soc. Franç. de Dermatol. et Syphil.,* ci-joint 1935, pages 958-962).

Traitement du Psoriasis par le Thiophène et la neige carbonique (*Bulletin de la Soc. Franç. de Dermatol. et Syphil.,* 12 mai 1949, page 255).

BROCQ. — Traité élémentaire de Dermatologie pratique, 1907, tome II.

L. A. BRUNSTING. — Treatment of Psoriasis by ingestion of massive dose of vitamin D.

Procced of the Staff Meetings of the Mayo clinic 4 mai 1938, pages 280-283.

BUKKLEY. — Report of 140 recent cases of Psoriasis in privat practice (*J. A. M. A.,* Chicago, 1911, p. 714-719).

BURNIER et LOTTE. — Essai de traitement du Psoriasis par le psothanol (*Bulletin de la Soc. Franç. de Dermatol. et Syphil.,* 12 juillet 1928).

J. CHARPY. — Le problème du Psoriasis, maladie d'adaptation (*Presse Médicale,* n° 17, 18 mars 1950, p. 283-285).

COSTE, DE SEZE et MACH. — Congrès International de Médecine Interne de Paris, du 11-14 septembre 1950 (*Instantanés Médicaux,* n° 11 du 14 octobre 1950, p. 254-256).

DARIER. — Précis de Dermatologie.

DAUBRESSE-MOREL. — L'actinothérapie générale associée aux applications de goudron dans le traitement du Psoriasis (*Paris Médical,* 12 avril 1930, pages 344-346).

DEBUCQUET, JAUSION et PECKER. — 15 cas de Psoriasis guéris par le psothanol (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermatol. et Syphil.,* 8 novembre 1927).

DUCOURTIOUX. — Psoriasis et insuline (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermatol. et Syphil.,* 11 février 1926, p. 99).

DUCOURTIOUX, BITH et RAVAUT. — Action de l'Insuline sur l'évolution du Psoriasis (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermatol. et Syphil.,* juin 1925, page 275).

EICHORN. — Cas de Psoriasis traité par Sel d'Or et mort par œdème pulmonaire aigüe à l'occasion d'une érythrodermie généralisée (*Strasbourg Médical,* n° 6, 25 janvier 1933, p. 144).

ENCYCLOPEDIE MEDICO-CHIRURGICALE, tome thérapeutique : Traitement de l'arthrite rhumatismale par la Cortisone et l'A. C. T. H. (Fiche 25-170 du 10 septembre 1950, pages 2 et 3).

UTILISATION THERAPEUTIQUE DE L'A. C. T. H., fiche 25-218, pages 1 et 3.

M. FEROUDE. — Chrysothérapie endermato Syphiligraphie (*Bruxelles Médical,* n° 6, 25 février 1933, page 144).

J. GADRAT et AVERSENQ. — Crise d'azotémie aigüe chez un vieur Psoriasis traité par la chrysarobine (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermatol. et Syphil.,* décembre 1932, pages 1720-1721).

J. GATE et J. DELBOS. — L'ultra-filtrat de macération de squames dans le traitement du Psoriasis (*Journal de Médecine de Lyon,* n° 446, 7 août 1938, page 475).

J. GATE, R. VACHON et J. COTTE. — Essai de traitement du Psoriasis par les extraits tissulaires (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et de Syphil.,* janvier, février 1949, pages 72-73).

J. GATE, R. VACHON, BOURGEOIS et COTTE J. — Essai du traitement du Psoriasis par les greffes tissulaires (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermatol. et Syphil.*, juillet 1949, pages 374-375).

Le traitement tissulaire endermatologie (*Presse Médicale*, 5 février 1950, p. 93).

GASTOU et PONTOIZEAU. — Psoriasis traité par le novarsenobenzol et le sulfarsénol (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermatol. et Syphil.*, 1923).

GOLDBERG et PLAINFIELD. — Acide undécylénique dans le traitement du Psoriasis (*Archives of Dermatology and syphilography*, 1950, pages 661-662).

GOUGEROT. — Psoriasis traité par le soleil et Psoriasis déclenché par le soleil (*Journal des Praticiens*, 10 novembre 1928).

GOUGEROT et DEGOS. — L'Eosine dans le traitement local du Psoriasis (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermatol. et Syphil.*, décembre et mars 1936).

GOUGEROT et DE SABLET. — Efficacité thérapeutique de l'intolérance dermique par l'Huile de Cade chez un Psoriasis (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 11, 14 novembre 1946, pages 678-679).

GRUNEBERG. — Action de l'extrait surénal sur le Psoriasis (*Klinische wochenschrift*, n° 49, 9 décembre 1933).

GRUTZ. — Le nouveau traitement du Psoriasis par le régime sans graisse (*Dermatologische wochenschrift*, n° 30, 27 juillet 1940, pages 643).

HUFSCHMITT. — L'emploi des sels d'or pour le traitement du Psoriasis (*Paris Médical*, 22 janvier 1927).

HUBIEZ et LEBORGNE. — Psoriasis et vitamine D (*Paris Médical*, n° 2, 17 janvier 1946, page 23).

ISAL. — Traitement externe du Psoriasis par l'éosine et l'huile de cade associés (*Thèse de Paris*, 1939).

JAUSION, PECKER et GERVAIS. — Psoriasis blanchis après cure mixte de pyridino-arséno-bismutique et de clasine polymicosique (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermatol. et Syphil.*, janvier 1932, page 131).

JERSILD. — Début de Psoriasis avec localisation aux parties hâlées de la peau (*Annales de Dermatol. et Syphil.*, 8 décembre 1927, pages 725-727).

KOKKINOPOULOS. — Traitement du Psoriasis par le régime sans graisse (*Thèse*, Paris, 1935).

LAUGIER. — Essais de traitement du Psoriasis par les greffes placentaires (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermatol. et Syphil.*, n° 1, janvier 1950, page 142).

LEVY, FRANCKEL et JUSTER. — Recherches sur le Psoriasis et résultats obtenus par le traitement endocrinien et l'irradiation des glandes vasculaires sanguines (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermatol et Syphil.*, 8 novembre 1923, p. 382).

MACH. — Instantanés médicaux Cortisone et A. C. T. H. et l'infection n° 13, 16 décembre 1950, p. 326-327.

MARIN et BOULAIS. — Psoriasis et sel d'or (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermatol. et Syphil.*, mai 1933, p. 768-770).

MASSON. — Méthode pratique du traitement du Psoriasis par les rayons ultra-violets et l'acide chrysophanique (*Paris Médical*, 15 septembre 1928, p. 228).

J. MEYER. — Actinothérapie du Psoriasis (*Journal de Médecine et de chirurgie pratique*, 10 février 1932, p. 107).

LES REGIMES EN DERMATOLOGIE (*Journal de Médecine et Chirurgie Pratique*, 10 décembre 1938, p. 633).

J. MEYER et KANITAKIS. — A PROPOS DE 4 CAS DE PSORIASIS TRAITES PAR LA THERAPEUTIQUE TISSULAIRE (*Bull. de de Soc. Franç. de Dermatol. et Syphil.*, 7 avril 1949, p. 199).

MILIAN. — Mort au cours d'un traitement de Psoriasis par la pommade chrysophanique (*Revue Franç. de Dermatol. et de Vénérologie*, 8, p. 533-537, novembre 1932).

H. PERLMAN. — L'acide undécylénique dans le Psoriasis et les neuro-dermatites (*J. A. M. A.*, 12 février 1949 pgase 444-447)

TRAITEMENT DU RHUMATISME PSORIASIQUE PAR L'ACIDE UNDECYLENIQUE (*The Urologic and Cutaneous Review*, 4 avril 1949, p. 224-225).

H. PERLMAN et MILBERG. — L'acide undécylénique par voie buccale dans le Psoriasis (*J. A. M. A.*, n° 10, 9 juillet 1949, p. 865-868).

PHOTINOS. — Traitement du Psoriasis par le régime pauvre en graisse (*La Clinique*, n° 353, mai 1943, p. 196).

PRUNIERAS. — Le traitement tissulaire en dermatologie (*Thèse médecine*, Lyon, 1949).

E. PULAY. — Le Psoriasis vulgaire et son traitement par la vitamine D (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermatol. et Syphil.*, juillet 1936, p. 1508-1521)

SCHAMBERG. — The dietary treatment of Psoriasis (régime hypoazoté, *J. A. M. A.*, n° 19, 7 mai 1932).

SMITH. — Que pouvons-nous espérer du traitement du Psoriasis par la vitamine D ? (*Annales de Dermatologie*, n° 5, septembre-Octobre 1949, p. 597).

SEZARY. — Le traitement du Psoriasis par les pommades réductrices (*Presse Médicale*, n° 42, 25 mai 1932).

SIDI et J. GAUTARD. — Premier résultat du traitement du Psoriasis par l'acide undécylénique (*Paris Médical*, n° 16, 15 avril 1950, p. 219).

R. STEIN. — Acné juvénile et Psoriasis en temps de guerre (*Semaine des Hôpitaux*, 18 avril 1948, p. 1.002).

E. A. THECKER. — Treatment of psoriasis with various vitamin D (*Illinois Médical Journal*, 7-8 Octobre 1940, p. 352-360).

THERRIEN. — Traitement d'un Psoriasis invétéré par l'acide undécylénique (*Laval Médical*, n° 3, mars 1950, pages 298-303).

TOURAINE. — A propos du traitement moderne du psoriasis (*Concours Médical*, n° 9, 10 mars 1945, p. 168-170).

WILMET. — Bain d'émulsion médicamenteux dans le traitement du psoriasis (*Thèse médecine*, Paris, 1911).

WRIGHT. — Vitamine D therapy en Dermatology (*Archives de Dermatologie et Syphiligraphie*, n° 43, janvier 1941, p. 145-154).